Zwei Arbeiten beschäftigen sich mit der **Hypnose.** Barabaschew konnte zwei schmerzhafte Augenoperationen — eine Enucleatio bulbi — ohne jede örtliche Betäubung so ausführen. Dabei war die andere Gesichtshälfte nicht unempfindlich. Platonoff berichtet über 21 Fälle. Er hält weitere Versuche für wünschenswert und betont, daß der Prozentsatz der Geeigneten nicht gering sei. Haberland hat Hypnoseversuche an Tieren angestellt. Er glaubt nicht, daß sie mit dem in der Natur weitverbreiteten Totstellen der Tiere, also einem Angsteffekt, etwas zu tun hat. Dagegen spricht die ruhige, angstfreie Atmung, das Verharren in der gegebenen Stellung, auch wenn der Hypnotiseur sich entfernt. Auch fressen hungrige Tiere nicht und wenn sie es tun, so geschieht es ohne vorherige Prüfung auf drohende Gefahren. Sehr bemerkenswert ist m. E. die Feststellung, daß Lärm sie nicht stört, aber Sonnenblendung sie vereitelt. Die Äthernarkose lassen sich die Tiere ruhig gefallen. Dagegen gelingt im Excitationsstadium keine Hypnose.

Aus der **Nachbehandlung** nach Narkosen erwähne ich noch die von Bier empfohlene Ätherinjektion, über die Riess an der Hand von 187 gespritzten Patienten berichtet. Prophylaktische Injektionen wurden als nutzlos aufgegeben. Dagegen waren die Resultate bei ausgesprochener Bronchitis sehr bemerkenswert. Meist war nach vier täglich einmal wiederholten Injektionen die Krankheit beseitigt. Gleich günstige Resultate wurden auch bei Erkältungsbronchitiden und chronischer Bronchitis ohne Emphysem erzielt.

III. Die Rückenmarksbetäubung.

Eine im Verhältnis zur allgemeinen Betäubung (einige 70 Arbeiten) große Zahl von über 50 Arbeiten beschäftigt sich mit der **Lumbalanästhesie.** Rytina bespricht in längeren Ausführungen diese „feinfühlige", zu Unrecht von manchen abgelehnte Methode.

Wichtige Faktoren sind: Die Lagerung des Kranken nach der Injektion, die Menge des abgelassenen Liquors, die Menge, die Stelle und die Schnelligkeit der Einspritzung der Flüssigkeit, die Dosierung und die Wahl des Anästheticums. Die Durchschnittsmenge der Lumbalflüssigkeit beträgt 120 ccm. Die verhältnismäßig schnelle Strömung geht vom Ventrikelependym zum Lumbalsack. Die Flüssigkeit ersetzt sich in 24 Stunden viermal. Am besten ist die Lösung im Liquor selbst. Stets tritt Blutdruckerniedrigung ein. Daher Gegenanzeige: Druck unter 100. Doch kann man sich durch vorhergehende Injektion von Strychnin und Suprarenin gelegentlich in solchen Fällen noch helfen. Ziegner beschäftigt sich mit der Frage nach der Ursache der **Blutdrucksenkung.** Zunächst beweist der bei jeder gelungenen Anästhesie auftretende Priapismus, daß das Vasomotorenzentrum des getroffenen Rückenmarkabschnittes gelähmt ist. Bei höherer Anästhesie werden auch die Vasomotoren des Splanchnicusgebietes gelähmt. Abströmen des Blutes in das gewaltige Gefäßgebiet des Bauches bewirkt die Blutdrucksenkung. Im Tierversuch versuchte er die Behauptung von Camus, daß die Blutdrucksenkung **stets** bulbären Ursprungs sei, zu widerlegen. Nach Laminektomie wurde der Lumbalsack durch umgelegte Fäden (!) in verschiedener Höhe abgeschnürt. Die Blutdrucksenkung wird stets durch eine Umschnürung in der Höhe des 12. Brustwirbels verhindert; bei Einspritzung in den thorakalen, bei D 1 abgeschnürten Anteil kam es zu der üblichen Senkung. Einspritzung oberhalb D 1 hatte stets den Tod zur Folge. Die übliche Senkung ist auf das Vasomotorenzentrum des Thorakalmarkes zu beziehen. Die Versuche ergeben, s. E., daß man die L.-A. auf das Becken und die Beine beschränken soll, wie Bier es angegeben hat. Interessante Untersuchungen Cetwerikows über den Ablauf der Lähmungserscheinungen und ihrer Ausbreitung bedürfen einer kurzen Besprechung. Die Grenzen der Anästhesie lassen sich auch bei einer bestimmten Punktionshöhe nicht sicher voraussagen: Kein stufenweises Ansteigen zu den einzelnen Segmenten. Am längsten hielt sich die Thermanästhesie. Die Dauer der Schmerzunempfindlichkeit und der Vibrationsanästhesie folgt an zweiter Stelle; dann folgt die Berührungslokalisation. Am widerstands-

fähigsten war die Muskelsensibilität. Die motorischen und Reflexstörungen gehen etwa den Sensibilitätsstörungen parallel. Unklar bleibt das Bestehenbleiben des periostalen Fußrückenreflexes sowie das Ausbleiben der Störungen von seiten des Muskelgefühls. Mauclaire und Bouchard beschäftigen sich mit der ungeklärten Frage der spastischen oder dilatatorischen Wirkung auf den Darm. Sie fügen dem Mayerschen Fall und den zwei Fällen von Bonniot zwei eigene neue hinzu. Das eine Mal gelang die Reposition einer eingeklemmten Nabelhernie, das andere Mal löste sich ein anscheinend **spastischer Ileus** bei der Laparotomie, die in der Annahme eines Dickdarmileus unternommen war, unter den Augen des Operateurs. Featherstone beobachtete sofort nach Eintreten der Lähmung der Lumbosacralregion eine tonische Zusammenziehung des Uterus, die bei der Schnittentbindung eine leichte Vereinigung der Schnittränder und eine bemerkenswerte Blutleere erzeugte. Vana glaubt, daß die bestehende Blutfülle und Stockung reizend auf die intramuralen Nervenfasern des Darmes wirke und so die Darmperistaltik anrege. Beim spastischen Ileus aber wirke die Hämostase auf den Spasmus und bringe ihn zum Verschwinden. Keinesfalls aber dürfen die Lumbal-Anästhesien zur Behandlung des Ileus angewandt werden, sondern nur als Vorbereitung für einen Eingriff.

Von **technischen Maßnahmen** erwähne ich Stirlings Rat, **feine Nadeln** zu benutzen, sowie den Rat Konrads, laut zählen zu lassen. Wird die Stimme leiser, so bedeutet das drohenden Kollaps, der dann sofort bekämpft werden muß. Silva betont, daß die vorderen von den hinteren Wurzeln durch das Lig. denticulatum getrennt seien, und daß man deshalb bei richtigem Vorgehen motorische Einwirkungen ziemlich vermeiden könne. Fast durch alle Arbeiten zieht sich einheitlich die Betonung der Blutdrucksenkung. Steel glaubt sie verhindern zu können, wenn man während der ersten 10 Min. eine Äthernarkose anwendet. Vielfach werden deshalb vorherige oder ad hoc zu gebende Coffeindosen empfohlen. Soweit die angewandten Mittel erwähnt werden, scheint das Novocain (15mal) zu überwiegen. Tropacocain fand ich 7mal, Stovain nur 5mal erwähnt. Nur selten wird die **hohe Anästhesie** erwähnt. Kowarsky berichtet über 260 Fälle mit 2 Todesfällen und 16 Versagern. Peelé betont, daß er das Vorgehen Jonescus überhaupt nicht verstehe. Die meisten Autoren bevorzugen die Anästhesie bis zum Nabel. Die Technik der Injektion zeigt schroffe Gegensätze. Der eine saugt stets an, der andere verwirft es (Lériche, Slater) oder warnt sogar davor (Featherstone). Vielfach tritt das Bestreben hervor, an Stelle einer mehr oder minder schematischen Injektion genau nach Art, Fall und Aufgabe zu differenzieren. So unterscheidet Voncken: die kleine Lumbalanästhesie mit 0,04 Syncain in der Höhe des vierten Lumbalwirbels, von der mittleren mit 0,08 Syncain in der Höhe des dritten Lumbalwirbels, von der großen mit 0,12 Syncain in der Höhe des zweiten Lendenwirbels.

Das **Urteil über die Methode** schwankt auch in weiten Grenzen zwischen begeisterter Anerkennung und vorsichtiger Zurückhaltung. An Störungen finden sich fast ausnahmslos Kopfschmerzen erwähnt. Daneben Kollapse mehr oder minder ernster Art, Augenmuskellähmungen und Blasenlähmungen. Hagedorn empfiehlt gegen die Kopfschmerzen 0,5 ccm Novasurol — wenn das nicht wirkt, 1,5 Liter Kochsalzlösung intravenös. Er betont, daß die L.-A. für die Cystoskopie nicht brauchbar sei, weil die Harnabsonderung stocke. Loe sah unter 300 Fällen einen Todesfall, Hagedorn zwei Todesfälle, Simionescu beziffert die Zufälle auf 1%, Vaquié erlebte auf 2000 Fälle einen allerdings unklaren Todesfall. Vorlaender berichtet über 1385 Fälle mit 10 Kollapsen, einer Apoplexie nach 10 Tagen, einem Meningismus, zwei schweren Fällen von Atemstillstand und einem Todesfall mit Aussetzen von Puls und Atmung nach 10 Min. (31jährige Frau mit entzündlichem Adnextumor). Dazu rund 7% Kopfschmerzen, 2% Erbrechen, 0,7% Kreuzschmerzen, 0,14% Abducenslähmungen. Die Vorbereitung bei diesen, aus der Freiburger Frauenklinik stammenden Fällen bestand in: 3 Tage lang: 3mal täg-

lich 1 g Digipurat und 1 g Urotropin, am Vorabend 0,5 Veronal. Am Operationstage 3 Stunden vor Beginn $^3/_4$ ccm Sc. + $^3/_4$ ccm Narkophin + 0,5 Veronal. 2 Stunden vor Beginn $^3/_4$ ccm Scopolamin + $^3/_4$ ccm N. 1 Stunde vor Beginn $^1/_2$ ccm Sc. + $^1/_2$ ccm N. Dazu 5% Tropacocain in Dosen von 0,08. Es ergab sich: 78,11% volle Anästhesie, 2% völlige Versager, beim Rest leichte Zusätze von Inhalationsnarkose! Ich glaube, so lange es so etwas in einer deutschen Universität gibt, können wir uns nicht über die Homöopathen und die Laien beklagen, die von den Giften der Allopathie reden. Übrigens wurde das Gehirn der Patientin in genaueste Serienschnitte zerlegt. Es bot aber keinen Anhaltspunkt(!) für die Todesursache. Schepelmann berichtet über vier üble Zufälle: Eine langsam zurückgehende Abducenslähmung, eine Peroneuslähmung, die im Laufe eines Jahres wieder abheilte, einen schweren Erregungszustand mit dreitägiger Bewußtlosigkeit, Vereiterung der Operationswunden (Alexander-Adams) durch Selbstschädigung der Patientin. Hinzu kam eine nicht wieder abheilende komplette Querschnittslähmung mit Blasen-Mastdarmlähmung. Endlich eine eitrige Meningitis bei einem Alkoholiker mit Oberschenkelbruch, der der Kranke erlag. Möglicherweise spielte eine aufflackernde syphilitische Meningitis eine Rolle dabei. Boros sah eine in Heilung ausgehende eitrige Meningitis. Er berechnet 16% Kollapse und 7% bulbäre Erscheinungen. Maton endlich sah unter 50 Fällen von Lumbalanästhesie zehn Todesfälle, die aber nicht auf diese zu beziehen seien.

Jede Lumbalpunktion, noch mehr aber jede Lumbalanästhesie, bedeutet einen liquorfremden Reiz, wie es in zahlreichen Untersuchungen festgestellt ist. Von diesen leichtesten Formen bis zu den schwersten gibt es alle Übergänge. Es kommt zu eitrigen oder bei blanderen Reizen zu **chronisch schleichenden Entzündungen**, die dann als Kompressionsmyelitis den Patienten nach Wochen und Monaten zugrunde richten können. Weigelt hat das Verdienst, solche Fälle genau mikroskopisch untersucht zu haben. Auch Savescu beschreibt einen Fall mit stark getrübtem Liquor, bei dem die Erscheinungen allerdings nach wenigen Tagen zurückgingen. Leider wird nicht gesagt, ob das Novocain im Liquor gelöst wurde. Der stark leukocytenhaltige Liquor war bakteriologisch steril. Er unterscheidet, wie üblich, septische und aseptische Formen, endogenen und exogenen Ursprungs. Bekannt sind auch aufflackernde syphilitische Infektionen. Zwei Konsequenzen ergeben sich m. E. aus den auch sonst vorliegenden zahlreichen Erfahrungen: Bei **Störungen rechtzeitig** eingreifen und sich **seine Nadel und Lösungen stets selbst auskochen.** Sonst wiederholt sich noch weiter das Geschrei nach dem Apotheker oder der Fabrik, welche die Ampullen geliefert hat. Nie darf eine Lumbalnadel zu etwas anderem benutzt werden als zur Lumbalanästhesie. Auch das Abweichen von diesem Gesichtspunkt hat schon Patienten das Leben gekostet. Kocht man sich seine Nadel und Lösungen selbst aus, so ist wenigstens diese Fehlerquelle ausgeschaltet und dann wird auch voraussichtlich nicht viel von der aseptischen Meningitis übrigbleiben, soweit man unter Meningitis das typische klinische Bild versteht. Erwähnen möchte ich endlich noch die russische Monographie über die Lumbalanästhesie von Judin, über die der Leser ein sehr ausführliches Referat im 35. Bande findet.

IV. Die Sakralanästhesie.

Haines empfiehlt zur Bestimmung des Hiatus sacralis folgende einfache Methode: Verbindet man die durch die Spinae post. gebildeten Grübchen miteinander und mit dem Hiatus, so entsteht ein gleichseitiges Dreieck, mit a. W.: Man zieht die Verbindungslinie konstruiert leicht das gesuchte Dreieck und den Einstichspunkt. Char empfiehlt, den Einstich senkrecht in den Hiatus zu machen und erst dann die Nadel nach leichtem Zurückziehen kranialwärts zu wenden. Sie wird dann 5 cm tief eingeschoben. 35—40 ccm 1 proz. Novocainlösung. Unter 166 Fällen nur ein Versager, sechs unvollständige An-

ästhesien und ein bald behobener Kollaps. Läwen bezeichnet die Verwendung des Tutocains als einen Fortschritt in der Sakralanästhesie. Er verwendet 30 ccm einer 1proz. Lösung. Hohe Anästhesien soll man wegen unerwünschter Allgemeinwirkungen meiden. Höhepunkt der Wirkung tritt nach 20 Min. ein. Am häufigsten wird anscheinend die Methode in der Blasenharnröhrenchirurgie verwendet. Syms empfiehlt sie für die perineale Prostatektomie. Er hatte mit 30 ccm 1proz. Novocainlösung 95% ausgezeichnete Erfolge. Parneter benutzt ebenfalls 1proz. Novocainlösung, aber 80 ccm. Er injiziert sehr langsam (in 15—20 Min.). Er hatte unter 116 Fällen neun schwere Allgemeinerscheinungen. Chetwood empfiehlt sie als vorzüglich brauchbar für Cystoskopien. Er benutzt Tutocain. Ottenheimer hatte unter 111 Fällen 13,5% Versager, verwendet aber dabei 90—100 ccm 1proz. Novocainlösung. Farr hat die alten Versuche Heiles wieder aufgenommen. Er injizierte 30—120 ccm einer konzentrierten Jodnatriumlösung und ließ Röntgenaufnahmen machen. Es zeigte sich, daß die Lösung bei 120 ccm Menge bis in die Halsregion emporgetrieben wurde. Am besten ist die Verwendung von 30—60 ccm einer 2proz. Procainlösung. Die Injektion soll langsam, ohne Druck erfolgen (in 5 Min. 30 ccm).

Drei Arbeiten beschäftigen sich mit der Kombination von **transsakraler** und **epiduraler Anästhesie.** Pugh verwendet 1proz. Novocainlösung: 40 ccm für die Epiduralinjektion, 4—5 ccm für jedes Sakralloch. Die For. sac. liegen auf der Verbindungslinie zwischen Hiatus und Spinae post., je in der Höhe des zugehörigen Proc. spin. Verlaufsrichtung ist nach vorwärts und abwärts mit Ausnahme des dritten For., welches genau nach vorwärts verläuft. Lowsley benutzt für die Epiduralinjektion 30 ccm 2proz. (!) Novocainlösung und fügt eine 1proz. Novocaininjektion ins erste bis dritte Sakralloch hinzu. Unter 76 Fällen 70 vollständige Wirkung. Von 82 meist urologischen Patienten hat er keinen verloren. Auch Judd verwendet die Methode bei der Prostatektomie und Blasenoperationen.

Rodzinski beschreibt unter dem Namen **Sakrolumbalanästhesie** eine neue Methode, bei der zunächst 40—50 ccm einer 1proz. Novocainlösung epidural und dann 4—5 ccm intralumbal eingespritzt werden. 200 Fälle, 2 Versager, keine Beckenhochlagerung. Er glaubt, daß durch die Verringerung der intraduralen Gabe die Gefahren geringer würden als die der hohen Sakralanästhesie oder der Lumbalanästhesie.

V. Die örtliche Betäubung.

Die vielbeklagte Vielschreiberei findet am **Tutocain** ein Objekt, sich auszutoben. Einige 30 Arbeiten beschäftigen sich damit und man sucht vergeblich, welchen Nutzen die meisten der Arbeiten bringen. Die Feststellung, daß das Mittel im Vergleich zum Novocain brauchbar ist, ergibt sich aus dem Quaddelversuch und einigen wenigen Vergleichen mit dem Novocain bei Doppelhernien. In diesem Sinne ist es gleichgültig, welches Mittel ich anwende. Soweit uns bisher Unterschiede zwischen diesen beiden Mitteln bekannt sind, betreffen sie die größere Giftigkeit des Tutocains und den etwas größeren Suprareninzusatz, den man beim Tutocain gebraucht. Damit beschäftigen sich die Arbeiten nicht und ich kenne nur eine persönliche Mitteilung von einem Zahnarzte, daß die leicht hyperämisierende Eigenschaft es bei Pulpitis ungeeignet mache, weil es begreiflicherweise die schon hyperämische Pulpa noch hyperämischer mache und zunächst die bestehenden Schmerzen vermehre. (Seidel kann dem Praktiker den Wechsel vom Novocain zum Tutocain nicht empfehlen.) Ich lasse es dahingestellt, ob daraus schon die Ungeeignetheit des Tutocains für die Zahnheilkunde folgt, erwähne es nur als ein Beispiel (s. u.), um zu zeigen, daß es schon Fragen gäbe, mit denen sich die Arbeiten beschäftigen könnten. Statt dessen spielt die **mißverstandene geringere Konzentration** eine Rolle. Wir können mit $^1/_4$proz. Lösungen, wie sich von Anfang an ergab und bekannt war, das gleiche erreichen wie mit $^1/_2$proz. Novocainlösungen. Das Mittel ist also nicht weniger giftig (Maier, Stei-

chele, Suchanek) wie das Novocain — Grundlage für diese Behauptung ist die Abwertung an der Dosis letalis im Tierversuch —, sondern giftiger, und so hat Braun mit Recht davor gewarnt, höhere Konzentrationen zu benutzen, sonst werden wir sehr rasch Vergiftungen zu sehen bekommen. (Nach Watson-Williams ist die Giftigkeit der Wirksamkeit proportional; weiteres s. u.) Ob das Tutocain sonst Vor- und Nachteile gegenüber dem Novocain hat, wissen wir nicht, erst langjähriger Gebrauch wird das lehren. Für die weitere Ausgestaltung der örtlichen Betäubung bedeutet das Tutocain nichts; keine der Arbeiten vermag auch nur eine einzige Tatsache beizubringen, die beweist, daß wir mit einfacherer Technik, ungefährlicher oder in bisher unerreichbarer Weise örtliche Betäubungen ausführen könnten: Tutocain = Novocain — vielleicht etwas billiger, ein wirtschaftlicher Vorteil.

Das schon von Gros im Tierversuch als stärker wirksam festgestellte borsaure Novocain, welches nach Braun wegen seiner gewebsreizenden Wirkung praktisch nicht brauchbar ist, wurde von Copland und Notton geprüft. Sie fassen die borsauren Salze der örtlich betäubenden Mittel unter dem Namen Borocaine zusammen. Löst man Novocain in Hühnereiweiß, so wird die Oberflächenwirkung 20mal stärker, erreicht die des Cocains. Dieser Serumeffekt mußte nach ihren Untersuchungen eine Alkaliwirkung sein. Werden die Basen des Cocains und seiner Ersatzpräparate mit einer starken Säure (Salzsäure) verbunden, so tritt bei wäßriger Lösung eine starke elektrolytische Ionisierung ein: Die Substanz wird sehr rasch resorbiert, die toxische Wirkung muß relativ groß, die örtlich anästhesierende relativ gering sein. Wird aber das Salz mit einer schwachen Säure (Borsäure) gebildet, so ist die Elektrolyse gering, dagegen tritt eine fast restlose hydrolytische Dissoziation ein: Die Resorption und damit die Giftigkeit wird geringer, die örtliche Oberflächenwirkung relativ größer. Beständige Lösungen geben nur Novocain — Beta-Eucain — und Alypinborate. Das Borat des Beta-Eucain ist das stärkst wirksame, etwa 10mal so stark als das salzsaure Cocain. Vom Novocainborat konnte eine giftige Wirkung nicht festgestellt werden: 20 ccm einer 5proz. Lösung = 600 mg pro Kilogramm war, subcutan injiziert, nicht tödlich. Das Novocainborat ist völlig reizlos, fällt keine Eiweißkörper und ist so gut wie ungiftig. Das hohe spezifische Gewicht einer 5proz. Lösung macht es für die Lumbalanästhesie geeignet. Subcutan wirkt es nicht stärker wie salzsaures Novocain-Suprarenin. Die gefäßerweiternde Wirkung läßt sich durch Suprareninzusatz ausgleichen.

Takats empfiehlt, um die Wirkung der örtlichen Betäubung zu verlängern, einen Zusatz von 0,1% Eucupin. Er stellte in Quaddelversuchen und solchen an Patienten die völlige Reizlosigkeit fest. (?) Die Lösung wird mit einer 0,1proz. Eucupin-Kochsalzlösung hergestellt. Die Wirkung hält bei Tutocain länger als bei Novocain vor. Die Quaddelanästhesie dauerte 7 Stunden, an den Wunden 24 Stunden. Mehrere Arbeiten beschäftigen sich mit dem **Suprarenin.** Anderson empfiehlt sowohl eine vorherige Morphiuminjektion als auch das Suprarenin fortzulassen. Die Nachteile des Morphiums sind: Erbrechen, Übelkeit und lähmende Wirkung auf Blase und Darm. Adrenalin verursacht Erhöhung des Blutdrucks, macht Herzstörungen und andere Vergiftungserscheinungen. Die reine Novocainwirkung hält genügend lange an und bei guter Blutstillung ist die Gefahr der Nachblutung geringer. Hillen untersucht die Suprareninwirkung der Höchster Novocain-Suprarenin-Tabletten und stellte fest, daß sie stets um 30—60% in der Suprareninwirkung gegenüber von Lösungen, die mit Suprareninzusatz der verschiedenen Handelsadrenaline hergestellt waren, zurückbleiben. Für die Praxis ergäbe sich daraus, daß man offenbar auch mit **geringeren Dosen von Suprarenin** auskommen kann. Da wir seit Jahren nur Tablettenlösungen benutzen, so erklärt sich so vielleicht die Tatsache, daß wir Nachblutungen nicht kennen. Melchior kommt nach Besprechung der Vor- und Nachteile der verschiedenen Herstellungsmöglichkeiten der Novocain-

Suprareninlösungen zu dem Schluß, daß das Tablettenverfahren das Normalverfahren darstellen soll.

Czermack berichtet über den Einfluß der örtlichen Betäubung auf den **Blutdruck**. Ich muß auf den oben erwähnten Goetheschen Grundsatz bei der Anfertigung wissenschaftlicher Arbeiten verweisen: Unheilvoll sind ungenügende Experimentvariationen! Will man den Einfluß örtlich betäubender Mittel auf den Blutdruck feststellen, so kann nur dann ein richtiges Bild entstehen, wenn die Befunde an Eingriffen in Narkose und an Eingriffen ohne jede Anästhesie kontrolliert werden. Das geschah auch nicht in der Arbeit von Metge, die Verf. zitiert und gegen deren Resultate er Einwendungen erhebt. So wird ein Fehler gegen einen anderen ausgespielt und es ist leicht ersichtlich, welch eine Verwirrung geschaffen werden muß. Hätte man vor 100 Jahren auf Goethe gehört, der nur intuitiv seine Probleme erfaßt, sie aber durch zahlreiche Experimentvariationen zu beweisen versucht hat, so brauchten wir nicht erst jetzt reumütig zu seiner Forschungsmaxime zurückzukehren. Unsere jahrelangen Beobachtungen über das Verhältnis des Blutdruckes zu örtlicher (Novocain-Suprarenin) und allgemeiner Betäubung zeigen — kurz gesagt —, daß die ganze Fragestellung irrig ist. Es gilt dasselbe, was oben über die Narkoseacidose gesagt ist. Andrejew beschäftigt sich mit einer Kontrolle des Blutdrucks, um dadurch rechtzeitig drohende Kollapse erkennen zu können. Die beste Behandlung sei ein kurzer Ätherrausch. Auch Steidel und Wiemann beschäftigen sich in Experimenten am Hunde mit dem Blutdruckproblem. Durch intravenöse Injektionen kommt es bei hohen Suprarenindosen zur Blutdrucksteigerung. Ein zweiter Steigerungsgipfel wird auf durch Novocain freigemachtes Suprarenin bezogen. Im Gegensatz zu den Feststellungen Czermacks, der nach einer zweiten, in die Acme fallenden Novocain-Supraremininjektion keine Addition der Suprareninwirkung sah, ergab ihnen sogar die reine Novocaininjektion beim Anklingen der Suprareninwirkung einen nochmaligen Kurvenanstieg. Sie wollen unangenehme Nebenerscheinungen bei der örtlichen Betäubung erklären: Atemstörungen, Erregungszustände, Erbrechen, Zittern, Blutdrucksenkungen und Kreislaufstörungen. Kurz Erscheinungen, die auch in Narkose auftreten — also doch wahrscheinlich einem bei beiden Schädigungen wirkenden Faktor zugehören müssen. Es wurde schon im letzten Bericht darauf hingewiesen, daß das Suprarenin bei manchen eigenartigen Zuständen irgendwie im Spiele sei. Fodor glaubt, daß es sich um eine konstitutionelle Eigenart handele. Bei manchen Patienten bleibt nämlich nach örtlicher Betäubung eine Schwellung bestehen. Solche Menschen zeigen eine gegenüber den anderen verzögerte Jodresorption als Folge der lang dauernden Suprarenin-Vasoconstriction, die dann zur Erschlaffung und stärkerer Permeabilität der Gefäßwände und damit zur Transsudatbildung Anlaß gibt. Wiedhopf untersuchte den Einfluß der örtlichen Betäubung auf die **verschiedenen Nervenfaserarten.** Die zeitliche Lähmungsfolge ist: die sympathischen Nervenfasern aller Qualitäten — die sensiblen spinalen — die motorischen spinalen Nervenfasern. Die Funktionswiederkehr folgt in umgekehrter Reihenfolge. Darum ist auch die Hyperämie ein Zeichen einer gelungenen Leitungsanästhesie, da die Gefäßnerven mit den großen Nervenstämmen verlaufen. Auf der Novocainempfindlichkeit der sympathischen Schmerzfasern beruht auch der Erfolg der Einspritzung gegen Koliken. Bei Amputationen bietet die regionäre Hyperämie einen Fingerzeig für die Höhe der vorzunehmenden Amputation.

Neuschloss bespricht den Einfluß des Novocains auf sehr verschiedene **Muskelcontracturformen,** auch solchen, die nicht auf vermehrter Säurebildung oder Erregung der rezeptiven Substanz beruhen. Es muß sich um eine Wirkung auf das Substrat handeln, welches für die Dauerverkürzung verantwortlich ist, denn die Zuckungshöhe des novocainisierten Muskels bleibt unverändert. Lasch untersuchte die Wirkung einiger Lokalanästhetica auf Herz und Darm. Sie ergaben **bemerkenswerte Unterschiede**

zwischen Tutocain und Novocain, soweit wir am Tiere vorgenommenen Prüfungen trauen dürfen und soweit Nachprüfungen diese wichtigen Ergebnisse bestätigen. Danach verhält sich die Konzentration, welche bewirkt:

Am Herzen:	Verlangsamung	Stillstand	Am Darm:	Erregung	Lähmung
Tutocain:	1 : 1000	1 : 100		1 : 1000000	1 : 50
Novocain:	1 : 100	1 : 50		1 : 100	1 : 10

Hooper untersuchte mittels **intravenöser Injektion** die Giftigkeit des Butyn, Alypin, Tropacocain u. a. Er stellte das Novocain als das bei weitem harmloseste fest, weil es sehr schnell in der Leber abgebaut wird. Hirsch bespricht die Idiosynkrasiefrage und weist ebenfalls auf die entgiftende Fähigkeit der Leber hin. Daß für die plötzlichen Todesfälle infolge übergroßer Cocainempfindlichkeit der Status thymolymphaticus Ursache sei, wird nach den neueren Forschungen der Pathologen abgelehnt. Vielleicht spielt die Leber eine Rolle; so sei man bei Leberkrankheiten vorsichtig.

Bei der Frage nach den **Gefahren der örtlichen Betäubung** weist La Rossa auf das Suprarenin hin. Nach den Erfahrungen von Allen soll Novocain allein wesentlich ungiftiger sein, als wenn man ihm Suprarenin beimengt. So werden eine Anzahl Nekrosen, Nachblutungen und Fiebersteigerungen darauf bezogen (18 Fälle örtlicher Gewebsnekrosen, 13 Fälle mit Nachblutungen bei Zungenoperationen; weiter beträchtliche Nachblutungen bei zwei Umbilical- und mehreren Leistenhernien). Ich weise auf das oben über den Tablettengebrauch Gesagte hin und erwähne, daß Symes-Thompson betont, daß das synthetische Suprarenin weniger toxisch sei als das Naturprodukt. Es ist durchaus nicht unwahrscheinlich, daß das Naturprodukt ungleichmäßig in der Dosierung ist und gelegentlich auch toxisch wirken kann. Vielleicht erklären sich so diese Störungen und mancherlei sonstige beschriebene Zufälle. Verschiedentlich wird vor der Anwendung von Suprarenin bei Hypertonikern und Thyreotikern gewarnt. Wolle man es dennoch anwenden, so mache man wenigstens vorher eine Adrenalin-Probeinjektion nach Hoetsch. Gerster liefert eine kritische Zusammenstellung über die **Adrenalinvergiftung.** Ausgangspunkt war die Beobachtung, daß, solange auf den Kubikzentimeter Novocain 1 gtt. Suprarenin 1 : 1000 hinzugefügt wurde, nicht selten unmittelbar nach der Einspritzung zur Septumoperation unerträgliche Kopfschmerzen, Blässe und rascher Puls auftraten. Nachdem nur noch 5—7 Tropfen auf 20 ccm $^1/_2$proz. Lösung kamen, also mindestens noch die **dreifache** der von Braun empfohlenen Menge (auf 25 ccm $^1/_2$proz. Lösung kommen 2 Tropfen), zeigten sich nur noch hin und wieder leichte Allgemeinerscheinungen. Im Schrifttum fand er 19 dem Suprarenin zugeschriebene Todesfälle. Nur in vier Fällen war Adrenalin allein gebraucht. Bei dreien war der Zustand schon vorher sehr ernst. Im vierten Fall, bei dem 10 mg subcutan und intramuskulär gespritzt waren, ergab die Sektion einen Status thymolymphaticus. Bei zwei weiteren Fällen mit 4 bzw. 8 mg subcutan trat nach bedrohlichen Erscheinungen Wiedererholung ein. Jedenfalls sei das Adrenalin in den üblichen kleinen Dosen bei leistungsfähigem Herz und gesunden Gefäßen ungefährlich. So glaubt Heinemann eine akute Bulbärparalyse bei einem 63jährigen Patienten, bei dem in örtlicher Betäubung zwei Praemolaren gezogen waren, auf den durch das Suprarenin erzeugten hohen Blutdruck beziehen zu sollen, dem, wie angenommen, die atheromatösen Gefäße nicht gewachsen waren.

Friedrich weist an der Hand eines Falles auf die Gefahren der **paravertebralen Kropfanästhesien** hin. Bei einer Patientin mit kurzem, dicken Hals wurde der dritte Querfortsatz punktiert und die Nadel wie gewöhnlich einige Millimeter nach hinten vorgeschoben. Plötzlich floß aus der Kanüle Liquor aus. Seitdem hat sich die Erlanger Klinik dem vom Referenten beschriebenen Verfahren zugewendet. Härtel sah ebenfalls bei einer cervicalen Leitungsanästhesie bei einer 59jährigen Frau einen schweren Kollaps; in einem zweiten Falle trat er im Anschluß an eine Supra-

reninjektion ($^1/_2$ ccm) wegen Asthma bronchiale auf. Beide Male wurde er prompt durch die Inhalation von einigen Tropfen Äther beseitigt: Äther ist Gegengift für Suprareninvergiftung! Einen **tödlichen Vergiftungsfall** durch Tutocain beschreibt Schwarz. Es wurden zum Zweck der Chromocystoskopie 8 ccm einer 2proz. Tutocainlösung in die Harnröhre gespritzt. Keine Blutung. Es folgte der für Cocain, Novocain usw. typische schwere Vergiftungszustand mit epileptiformem Anfall, weiten, starren Pupillen, Zungenbiß und tiefem Schlaf. Dann erneuter Anfall, klonische Zuckungen, Cyanose, Preßatmung, schnell zunehmende Herzschwäche und nach 40 Min. Exitus. Die Sektion ergab Status thymo-lymphaticus, keine Gehirnblutung und alle Organe strotzend mit Blut gefüllt. Bisher wurde Alypin in 3000 Fällen ohne Störung benutzt. Wenn also Fessler in der kleinen Chirurgie 5—10proz. Lösungen Tutocain zur Oberflächenanästhesie empfiehlt, so kann man nur dringend warnen. Saito hat die Resorption örtlich betäubender Mittel durch die Blasenschleimhaut untersucht. Er stellte unter anderem fest, daß schwache Alkalisierung die Resorption steigert. Vielleicht hat das auch im Falle Schwarz eine Rolle gespielt.

Auf dem Gebiet der **Anästhesierung im Trigeminusgebiet** zeigt sich besonders in zahnärztlichen Arbeiten das Bestreben, die Reichweite der Anästhesien zu vergrößern. Schon im letzten Bericht wurde der Anästhesierung des zweiten Astes an der Schädelbasis durchs For. spheno-palatinum gedacht. Adrion und Hoenig erwähnen die Gefahr der Gefäßverletzung — wobei es in einem Falle zu einem Kollaps kam — und des Abirrens in die Augenhöhle, wodurch eine allerdings vorübergehende Augenmuskellähmung entstehen kann. Nach ihren an 120 Kranken gesammelten Erfahrungen sind die Anzeigen: Ausmeißelung retinierter Zähne, große Cysten, Oberkieferresektionen, Neuralgien des zweiten Astes usw. Lindemann empfiehlt, von einem Einstichpunkte oberhalb des Jochbogens den zweiten Ast in der Tiefe der Fossa pterygopalatina, den dritten Ast durch etwas andere Nadelführung am For. ovale zu unterbrechen. So hat man nur einen Einstichpunkt, von dem aus man in $5^1/_2$ cm Tiefe den zweiten oder dritten Ast oder beide treffen kann. Das Verfahren findet seit Jahren mit guten Erfolgen in der Düsseldorfer Kieferklinik Anwendung. Spalaikowitsch empfiehlt als neues Verfahren den von Gadd gewählten Weg vom Unterkieferwinkel zum For. mandibulare.

Die Frage der **Anästhesierung bei den Hals-, besonders bei den Kropfoperationen** ist immer noch im Flusse. Meeker erwähnt, daß sich die Mayosche Klinik in den letzten 5 Jahren mehr der örtlichen Betäubung zugewandt hat (von 2,7% auf 29%). Daneben werden noch zahlreiche kombinierte Anästhesien meist mit Stickoxydul gemacht. Um bei der Leitungsanästhesie Gefahren zu vermeiden, empfehlen sie als neuen Weg eine von oben nach unten gerichtete schräge Nadelführung gegen die Querfortsätze. König, Tiffin, Jackson bevorzugen die Infiltrationsanästhesie. Hellwig lehnt die Tiefeninjektionen ab, bei denen nicht weniger wie 16 schwere Vergiftungen und drei Todesfälle, außerdem ein Fall von dauernder Lähmung des linken Armes bekannt geworden sind. Er bevorzugt das vom Referenten empfohlene Verfahren.

Die Frage der **Splanchnicusanästhesie** findet weitere Besprechung. Meeker kritisiert beide Methoden und auch die Grundlagen der Kappisschen Feststellungen. Tiererfahrungen sind nicht beweisend, nur am Menschen kann man einwandfreie Befunde erheben. Beide Methoden leisten nichts Ideales — können allerdings auch gar nicht das leisten, was er von ihnen verlangt: Abtasten der Bauchhöhle, Freilegung des Appendix. Da Hustink auf 1375 Fälle vier Todesfälle fand, beschränkt er sich auf die Anästhesie der Bauchdecken, der er nötigenfalls eine Äthylen-Sauerstoffnarkose hinzufügt. Kappis bespricht die Gefahren seiner Methode: Anstechen der Dura, der Vena cava und anderer Venen und ihre Vermeidung. Er geht unter einem Winkel von 30—40° zur Sagittalebene in der Horizontalebene in die Tiefe. In 7—9 cm Tiefe stößt man auf den Wirbelkörper, an dem man sich bis an die Vorderfläche tastet. Häufige Blutdruck-

senkungen bis zur Unfühlbarkeit wurden nie von ernsten Störungen gefolgt. Graf und Silva sahen keine Blutdrucksenkung und Borszéky betont, daß sie mit der Splanchnicusanästhesie nichts zu tun habe, auch bei der Narkose oder ohne Anästhesie vorkäme. Er bevorzugt wie Toennissen die Braunsche Methode, über die Bachlechner ausführlich berichtet. Unter den 600 Fällen ist es im Gegensatz zur Kappisschen Methode bisher nie zu ernsten Störungen oder gar Todesfällen gekommen. Auch die viel beobachtete Hyperämie der Bauchorgane war nie nachweisbar. Blutdrucksenkungen wurden nicht beobachtet bzw. unterscheiden sich nicht von solchen in Narkose. Gelegentlich kann man bei Verwachsungen das kleine Netz, die Mesenterien infiltrieren. Das Verfahren bedeute für die Oberbauchoperationen einen Fortschritt.

Die **paravertebrale Anästhesie** wird für **Nierenoperationen** empfohlen. Sirovicza wandte sie in 79 Fällen an und mußte in fünf Fällen, Lowsley unter zwölf Fällen zweimal etwas Äther geben. Duvergey benutzte teils die Kappissche Anästhesierung, die er vorzieht, teils die umständlichere Paravertebralanästhesie. Er anästhesiert die fünf bis sechs untersten Intercostalsegmente am Rippenquerfortsatzgelenk und die ersten zwei Lumbalnerven. Unter 17 Fällen hatte er einen Versager und 16 komplette Anästhesien. An der Hand einer monographischen Darstellung beschäftigt sich Mandl mit der paravertebralen Anästhesie und bespricht vor allem auch ihre **therapeutische Anwendung** bei Gallenblasen- und Nierenkoliken und der Anurie. Weiter bei Asthma bronchiale und der Angina pectoris. Wertvolle Dienste leistet sie auch bei der Differentialdiagnose der Krankheiten. Gerlach berichtet über gleichartige Erfahrungen von Kappis. Auch Pal rühmt die krampflösende Wirkung, wenn man die richtigen Segmente ausschaltet.

Um die parasakrale Anästhesie auch für die hochsitzenden Mastdarmcarcinome anwenden zu können, hat Finsterer sie mit einer beiderseitigen Einspritzung in der Höhe des fünften Lendenwirbels kombiniert.

Auf dem **Gebiet der ö. B. für die Extremitäten** beschreibt Balog eine neue Form der Plexusanästhesie. Einstich am Processus coracoideus. Die Nadel wird im Winkel von 45° zur Frontalebene parallel dem Schlüsselbein medialwärts eingestochen, bis sie den Plexus an seiner Überquerungsstelle über die zweite Rippe trifft. Gegenüber der Methode von Babitzki ist der Vorteil des konstant liegenden Einstichpunktes zu betonen. Wir haben also jetzt fünf Methoden (Muley, Kulenkampff, Babinski, Balog und Hirschel). Man wird also wohl immer mit einer derselben zum Ziele kommen. Reding hat in einem Fall bei **unerträglichen Armschmerzen nach Mammacarcinom** den Plexus mit Alkohol supraclavicular unterbrochen und so eine bis zum Tode anhaltende Schmerzfreiheit erzielt. Hilarowicz empfiehlt eine Form der Plexusanästhesie, die durch Aufsuchen der Querfortsätze, bis zu denen die Nadel vordringen soll, eine bedenkliche Ähnlichkeit mit der des Plexus cervicalis hat. Raeschke beschreibt nach einer Plexusanästhesie nach Kulenkampff eine 3 Monate lang dauernde Lähmung des Plexus brachialis. Daß die abschnürende Binde eine Rolle gespielt haben sollte, hält er nicht für wahrscheinlich, da der ganze Plexus gelähmt war. Auffallend bleibt aber, daß schon nach $2^1/_2$ Wochen die Schulter (Deltoides) wieder frei beweglich war, während in den peripher der Binde liegenden Teilen die Bewegung erst nach 3 Monaten zurückkehrte. Eykenbary und Langworthy betonen den **großen Wert der Leitungsanästhesie** für die Extremitätenchirurgie. Sie führten 164 Leitungsanästhesien an 144 Patienten aus. Davon betrafen 38 den Plexus brachialis mit einer leichten Hilfsnarkose, 51 den Nervus ischiadicus und saphenus mit zwei Versagern und vier Fälle Anästhesien des ganzen Beines ohne Versager. Die übrigen Fälle waren Leitungsanästhesien verschiedenster Art mit nur einem Teilversager. Meist handelte es sich um lang dauernde und komplizierte Operationen: Blutige Frakturreposition, Resektionen, plastische Eingriffe usw. Behan betont, daß für die Extremitäten die **Querschnitts-**

anästhesie sehr brauchbar sei und zu wenig angewendet würde. Cohen empfiehlt die örtliche Betäubung als sehr brauchbar für die Reposition von Frakturen und Luxationen. Wiedhopf beschreibt die Einrenkung der Hüftgelenksverrenkung in paravertebraler + Leitungsanästhesie. Injektion an das erste bis vierte Lumbalsegment und in den Ischiadicus an seiner Austrittsstelle aus dem Becken. Der N. obturatorius braucht nicht ausgeschaltet zu werden. Er hält sein Verfahren den von Braun empfohlenen für überlegen. Es bedeute das gleiche fürs Hüftgelenk, was die Plexusanästhesie für die Schultergelenksverrenkung bedeute. Degenhardt beschreibt nach Art der Plexusanästhesie eine Leitungsanästhesie für den Plexus lumbalis. Nach den Versuchen Schlesingers gibt es einen Punkt, an dem sich alle Fasern erreichen lassen. Der Einstichspunkt liegt auf der Kreuzungsstelle einer Vertikalen durch die Spina post. mit einer zwei Finger breit unter dem Darmbeinkamm gezogenen Horizontalen. Eine 8—12 cm lange Nadel wird in leicht medialer Richtung eingestochen, bis Parästhesien auftreten. Injektion von 50 ccm 1proz. Novocainlösung. Die Anästhesie genügt für Eingriffe, die nicht im Bereich der vom Ischiadicus versorgten Teile liegen. Weiter: für Schenkelbrüche und Leistendrüsen, — fügt man noch eine Anästhesierung von D 12 hinzu — auch für Leistenbrüche.

Zum Schluß sei noch auf die im Berichtsjahr erschienene neueste Auflage des Braunschen Buches hingewiesen.

Allgemeines.

Allgeyer, E. E., Anæsthesia in the presence of medical disease complicating surgery. (Anæsthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 347—351 u. S. 374.) **34**, 213.

Asteriadès, Tasso, Trois cas de réviviscence du cœur après syncope anesthésique, l'une définitive, les deux autres temporaires, par l'injection intracardiaque d'adrénaline. (Hôp. franç., Salonique.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 38, S. 629.) **32**, 284.

Beck, Joseph C., Harry L. Pollock and Francis L. Lederer, Further report on synergistic analgesia as employed in cases about the head and neck. (Clin. of Beck, Pollock a. Lederer, Chicago.) (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 3, S. 181—199.) **32**, 808.

Becker, Ein einfacher Handgriff bei Narkosenasphyxie. (Städt. Krankenh., Hildesheim.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 345—347.) **33**, 411.

Berg, S., Die Hypnose in der Chirurgie. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1932 bis 1938.) (Russisch.) **35**, 471.

Boucek, Bohuslav, Wirkung der Unterkühlung auf Narkotica. (Biologické listy Jg. **11**, Nr. 2, S. 89—99. (Tschechisch.) **33**, 859.

Bouckaert, J. J., Influence de l'éthylène sur les échanges respiratoires, la pression sanguine, le cœur isolé et les levures. (Inst. de pharmacodyn. et de thérapie, univ., Gand.) (Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérapie Bd. **31**, H. 1/2, S. 159 bis 178.) **35**, 306.

Brezovnik, Vladimír, Wirkung der Narkose und Operation auf den CO_2-Gehalt der Gewebe. (Časopsis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 51, S. 1828—1831.) (Tschechisch.) **34**, 335.

Coburn, Raymond C., and George Gray Ward, Blood-pressure in operative surgery and general anæsthesia with special reference to the use of gum glucose. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 548—553.) **32**, 397.

Cohn, Hans, Zur Wirkung des Lobelins beim Atmungsstillstand in der Narkose. (Krankenh. Moabit, Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 33, S. 1385.) **33**, 16.

Evans, John H., Blood pressure guides and safeguards in anæsthesia. With special reference to the energy index. (Current researches in anesthesia and analgesia Bd. 4, Nr. 3, S. 148—156 u. 161.) **33**, 230.

Feinblatt, Henry M., Observations on blood and tissue chemistry in relation to anæsthesia and safe operating. (Anæsthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 342-346.) **34**, 214.

Fujii, Ijuro, On the influence of ether anæsthesia on the epinephrine content of the suprarenals of the dog. (Tohoku journ. of exp. med. Bd. **5**, Nr. 6, S. 566—572.) *

Guth, K., Über Coramin. (Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 14, S. 562.) **32**, 258.

Gwathmey, James T., Synergism of magnesium sulphate and morphin and magnesium sulphate and ether. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 19, S. 1482 bis 1485.) **34**, 336.

Gwathmey, James T., and Charles W. Hooper, Synergistic analgesia and anæsthesia with special reference to magnesium sulphate, ether, morphine and novocaine. (Dep. of exp. med., H. A. Metz laborat., New York.) (Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. **10**, Nr. 8, S. 641—659.) **33**, 567.
Haas, Albert, Über die Anwendung der Hypnose in der Chirurgie und ihren Grenzgebieten. (Allg. Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 23—38.) **32**, 74.
Haberland, H. F. O., Die „sogenannte Tierhypnose" im Dienste der experimentellen Chirurgie. (Chir. Klin., Univ. Köln.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 370—377.) **34**, 404.
Hansen, Klaus, Zur Theorie der Narkose. Untersuchungen über die Verteilung der indifferenten Narkotica in dem tierischen Organismus. (Oslo: Olaf Norli 1925. 262 S. Kr. 18.—.) **35**, 871.
Harmon, M. S., Pre-operative narcotics. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 1, S. 15—20.) **32**, 395.
Hauberrisser, Edwin, Narkose. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. **1**, Liefg. 1, S. 34 bis 48.) **31**, 421.
Henderson, Velyien E., Anaesthesia and anaesthetics. (Med. journ. of Australia Bd. **2**, Nr. 3, S. 88—90.) **36**, 175.
Henderson, Yandell, A lecture on respiration in anaesthesia: Control by carbon dioxide. (Brit. med. journ. Nr. **3390**, S. 1170—1175.) **35**, 679.
Herb, Isabella C., Explosions of anesthetic gases. A method for the control of electrostatic conditions. (Presbyterian hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 23, S. 1788—1790.) **34**, 213.
Hesse, Erich, Narkosestudien im Hochgebirge. (Inst. f. Hochgebirgsphysiol. u. Tuberkuloseforsch., Davos u. Pharmakol. Inst., Univ. Breslau.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **105**, H. 5/6, S. 349—360.) **32**, 395.
Hillen, Jacqueline, Untersuchungen über den Adrenalingehalt der Novocain-Suprarenintabletten „Höchst". (Pharmacotherapeut. laborat., univ., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 12, S. 1323—1326.) (Holländisch.) **31**, 804.
Hirsch, Charles T. W., Anaesthetics for the general practitioner. (Practitioner Bd. **115**, Nr. 3, S. 198—204.) *
Hisinger-Jägerskiöld, E., Einwirkung narkotischer Stoffe auf Calcium und Phosphor im Blutserum. (Univ. med. poliklin., Helsingfors.) (Finska läkaresällskapets hand. Bd. **67**, Nr. 10, S. 880—892.) (Finnisch.) *
Holtmann, N., Über die Bedeutung des Lobelin-Ingelheim in der Chirurgie bei Narkose-Apnöe und Kollapszuständen. (Elisabeth-Krankenh., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 49, S. 2346—2347.) **34**, 56.
Hughes, Josiah S., Anesthesia and metabolism. (Dep. of chem., Kansas state agricult. coll., Manhattan.) (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 1, S. 3—10 u. 14.) **32**, 396.
Jacobj, C., und H. Walbaum, Pharmakologische Untersuchungen über eine unerwartete Nebenwirkung des Lobelinpräparates Ingelheim. (Pharmakol. Inst., Univ. Tübingen.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr 32, S. 1796—1803.) **34**, 3.
Johnson, H. H., Scopolamin-apomorphia amnesia in obstetrics. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 4, S. 199—206.) *
Jones, W. I., The oxygen content of the blood stream under ether, nitrous oxid-oxygen and ethylene-oxygen anesthesia. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 1, S. 25—28.) **32**, 396.
Josephs, Hugh, Post-anaesthetic hypoglycaemia. A study of the etiology of recurrent vomiting. (Dep. of pediatr., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **37**, Nr. 6, S. 376—382.) **34**, 398.
Kelling, G., Zur Beseitigung der Narkosedämpfe aus dem Operationssaal. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 29, S. 1586.) **33**, 86.
King, James J., Synergistic analgesia in head surgery with special reference to novocain, magnesium sulphate and morphin. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 3, S. 200—203; Med. times Bd. **53**, Nr. 3, S. 57—58.) **32**, 489. **35**, 791.
Knipping, H. W., Beitrag zur Gasnarkose. (Med. Univ.-Klin., Krankenh. Eppendorf.) (Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. **145**, H. 3/4, S. 144—153.) **33**, 296.
Korbsch, Roger, und Karl Schulte, Zur Lagerung bei der Gastroskopie. (St. Elisabeth-Krankenh., Oberhausen.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 9, S. 324.) **31**, 383.
Le Count, E. R., and H. A. Singer, The hazard of surgical anesthesia with syphilis of the brain. (Pathol. laborat., Cook County hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 5, S. 358—361.) **31**, 421.

Lenhardt, Klaus, Cylotropin-Schering in der Allgemeinpraxis. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 15, S. 553—554.) *

Lowsley, Oswald Swinney, The question of anesthesia from the standpoint of the urologic surgeon. (Anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 6, S. 356—357.) *

Luckhardt, Arno B., Das Äthylen als Betäubungsmittel. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 16, S. 739—742.) **32**, 75.

Mc Kesson, E. I., and F. W. Clement, Some relations of metabolism to premedication and anesthesia. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 5, S. 275 bis 279 u. 319.) **33**, 412.

Mac Nider, William de B., The effect of general anaesthetics on the organism as a whole. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 493—495.) **31**, 901.

Mansky, Fritz, Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres. XIII. Über Intoxikationen bei Verwendung des Alypins und des Psicains. (Stadtkrankenh., Dresden-Johannstadt.) (Folia-oto-laryngol. I. Tl. Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **18**, H. 6, S. 429—435.) **34**, 11.

Marshall, Geoffrey, Circulatory changes in wounded soldiers, with special reference to the influence of drugs used for the production of anaesthesia. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 1, S. 98—111.) **31**, 505.

Miller, Albert, H., Ascending respiratory paralysis under general anesthesia. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. **3**, S. 201—202.) **31**, 902.

Mortimer, J. D., „Post-anaesthetic“ vomiting. (Lancet Bd. **208**, Nr. 7, S. 329 bis 330.) **31**, 421.

Müller, Johannes, Vergleichende Untersuchungen über die narkotische und toxische Wirkung einiger Halogen-Kohlenwasserstoffe. (Pharmakol. Inst., Univ. Leipzig.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 5/6, S. 276—294.) *

Odinov, D. E., Über Veränderung der Blutviscosität unter dem Einfluß der Anästhesie und Operation. (Chir. Univ.-Klin., Martynoff, Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 158—159.) (Russisch.) **35**, 162.

Pauchet, Victor, Paul Sourdat et Gaston Labat, Anesthésie des doigts et de la main. (Clinique Jg. **20**, Nr. 46, S. 218—222.) *

Perthes, Georg, Schutz der am Operationstisch Beschäftigten vor Schädigung durch die Narkosengase. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 852—854.) **31**, 902.

Peters, Kurt, The new specific therapy in collapse. (Med. journ. a. record Bd. **120**, Nr. 6, S. 346—347.) **32**, 267.

Petrow, N. N., Kombination von Narkose und Lokalanästhesie. (Chir. Klin., Prof. Petrow, Leningrad.) (Festschrift f. N. Trinkler.) (Staatsverlag d. Ukraine S. 241 bis 244.) (Russisch.) **33**, 87.

Placinţianu, Gh., Wiederbelebung des Herzens bei operativem Kollaps durch intrakardiale Adrenalininjektion. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 4, S. 147—149.) (Rumänisch.) **32**, 284.

Platonov, K. I., Die Suggestion und Hypnose in der Chirurgie. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkow, Bd. **2**, S. 225—226.) (Russisch). *

Ploos van Amstel, P. J. de Bruïne, Adrenalin-Herzinjektionen. (Würzburg. Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. **3**, H. 3, S. 81—105. RM. 1.25.) **34**, 581.

Podjapolskij, P., Hypnose als allgemeine Narkose. (Psychiatr.-neurol. Klin., Saratov Dir. Prof. Kutanin.) (Kliničeskij žurnal Saratovskovo Universiteta Bd. **1**, H. 1, S. 53—65.) (Russisch.) **33**, 270.

Porten, Ernst von der, Besteht ein Bedürfnis für ein neues halogenhaltiges Narkoticum? (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 6, S. 234—235.) **31**, 347.

Potter, Dorothy G. E., Changes in the blood in anaesthesia. (Dep. of therapeut., univ., Edinburgh.) (Quart. journ. of med. Bd. **18**, Nr. 71, S. 261—273.) **34**, 336.

Rabinowitch, I. M., Anesthesia in diabetes. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 5, S. 267—274.) **33**, 413.

Reck, Karl, Die Einwirkung langdauernder Narkosen auf die Regelung der Eigentemperatur des Menschen. (Prov.-Hebammenlehranst., Celle.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **69**, H. 1/2, S. 81—87.) **32**, 486.

Reichel, Spättodesfälle nach Chlorformnarkose. (Stadtkrankenh., Chemnitz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 640—649.) **32**, 268.

Riess, Eugen, Die Behandlung der Bronchitiden, besonders der postnarkotischen Ätherbronchitis mit intramuskulären Ätherinjektionen. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr Jg. **72**, Nr. 19, S. 758—761.) **32**, 397.

Sattler, E., Verhütung des postnarkotischen Erbrechens. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 212.

Sattler, Eugen, Die Verhinderung des postnarkotischen Brechens. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 1/2, S. 129—131.) **31**, 902.

Schmidt, H., Zur Verwendung von Rachenkanülen während der Narkose. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1884 bis 1886.) **33**, 16.
Simon, R., et R. Fontaine, Du choc opératoire et de l'anesthésie en chirurgie gastrique. Recherches expérimentales et cliniques. (Rev. chir. Jg. 44, Nr. 2, S. 138—159.) **32**, 190.
Sise, L. F., Aids in predicting the degree of postoperative thyreoid reaction. A study based on 1000 consecutive cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 57 bis 62.) **33**, 230.
Ssakajan, P. G., Der Einfluß von Operation und Narkose auf den Calciumgehalt des Blutes. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Martynoff, Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 160—161.) (Russisch.) **35**, 162.
Suzuki, Naomitsu, Über die Todesursache bei dem sogenannten Spätnarkosentode. (Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka Bd. 10, S. 241—259.) **33**, 85.
Tarlo, B. S., Zur Frage des plötzlichen Todes bei Chloroformnarkose. (Pathol.-anat. Inst. u. gynäkol. Klin., Univ., Kasan.) (Kasanski medizinski žurnal Jg. 21, Nr. 4, S. 412—418.) (Russisch.) **33**, 230.
Tongeren, F. C. van, Die Bekämpfung des Erbrechens nach der Narkose. (Univ.-vrouwenklin., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 9, S. 1017—1020.) **33**, 230.
Toupet, R., Traitement des syncopes anesthésiques par les injections intracardiaques d'adrénaline. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 6, S. 245—248.) **33**, 15.
Wieloch, J., Zur Beseitigung der Narkosedämpfe aus dem Operationssaal. (Univ.-Frauenklin., Marburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 49, S. 2768—2770.) **34**, 213.
Winterstein, Narkose. (Tabulae biologicae Bd. 1, S. 508—522.) **33**, 696.

Allgemeinnarkose. Orale und nasale Inhalationsnarkose.

Adams, R. Stuart, My personal observations with ethylene. (Current researches in anesthesia and analgesia Bd. 4, Nr. 3, S. 157—161.) **33**, 231.
Bardier, E., et A. Stillmunkès, La syncope adrenalino-chloroformique. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 6, S. 238—244.) **33**, 85.
Behrendt, H., und J. H. Maier, Narcylen als Mittel zur Schmerzlinderung und Betäubung in der Geburtshilfe. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 17, S. 672—675 u. Nr. 18, S. 734—736.) *
Bijlsma, Über die narkotische Wirkung des reinen Äthers. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 13, S. 622.) **31**, 902.
Chessin, W. R., Chloroformkontrolle vor der Operation. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 264—266.) (Russisch.) **35**, 75.
Davidson, Bessie M., Studies of intoxication. III. The action of ethylene. (Pharmacol. laborat., univ., Aberdeen.) (Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 26, Nr. 1, S. 27—32.) **36**, 615.
Davidson, Bessie M., Studies of intoxication. V. The action of ethyl chloride. (Pharmacol. laborat., univ., Aberdeen.) (Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 26, Nr. 1, S. 37—42.) **36**, 615.
Deckers, Léo, Chloroforme et éther. Doses nécessaires aux différents stades de la narcose. (Laborat. de thérapeut., Louvain.) (Arch. internat. de pharmacodyn. et de thérapie Bd. 30, H. 3/4, S. 229—249.) **33**, 296.
Ecker, Morris, Improvement in anesthetic technic for dental surgery. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 9, S. 673.) **31**, 506.
Eggers, Th., Beitrag zur Narcylenbetäubung mit dem „Kreisatmer". (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 36, S. 2005—2012.) **33**, 18.
Fromlet, Kurt, Narkoseversuche mit Solaesthin. (Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 42, S. 1782—1783.) **33**, 697.
Gauss, C. J., Die Narcylenbetäubung mit dem Kreisatmer. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 23, S. 1218—1226.) **32**, 268.
Gwathmey, James T., Ethylene and preliminary medication. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 568—578.) **30**, 916.
Hawkins, James A., and James B. Murphy, The effect of ethyl urethane anesthesia on the acid-base equilibrium and cell contents of the blood. (Laborat., Rockefeller inst. f. med. research, New York.) (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 5, S. 609—618.) **33**, 859.
Hewer, C. Langton, Ethylene anaesthesia, with observations upon one hundred and twenty administrations. (Queen's hosp. f. childr., London.) (Lancet Bd. 208, Nr. 4, S. 173—175.) **31**, 421.

Heymans, C., Das Acetylen (Narcylen) als allgemeines Anaestheticum. (Pharmakol. laborat., gynaekol. klin., univ., Gent.) (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 45/46, S. 665—669.) (Flämisch.) 84, 56.
Hurler, K., Beobachtungen bei 400 Narcylenbetäubungen. (Univ.-Frauenklin., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 12, S. 468—470.) 81, 806.
Leinati, Fausto, Alcune osservazioni sulla narcosi mista ossigeno-cloro-eterea. (Istit. di clin. chir. gen. e di med. operat., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 37, H. 5, S. 503—535.) 83, 411.
Leone, P., Timo in rapporto all'etero- e alla cloronarcosi sperimentale. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Palermo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 561—579.) 84, 215.
Ley, Alfred, Vollnarkose oder Rauschnarkose in der zahnärztlichen Praxis. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 23, H. 6, S. 546—553.) 83, 86.
Lidwill, Mark, Administration of ether in operations of the lung. (Roy. Prince Alfred hosp., Camperdown a. Mater Misericordiae hosp., North Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 25, S. 698—699.) 84, 336.
Linthicum, G. Milton, Anesthesia in rectal diseases. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 12, S. 300—302.) 84, 215.
Lowsley, Oswald Swinney, and H. Earl Rogers, Inhalation versus regional anesthesia for prostatectomy. (Dep. of urol., New York hosp., New York.) (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 20, S. 893—901.) 84, 56.
Lundy, John S., Carbon dioxid as an aid in general anesthesia. (Mayo clin., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 25, S. 1953—1955.) 84, 398.
Maier, Josef, und Eugen Mauerer, Die geburtshilfliche Narcylenbetäubung mit dem Kreisatmer. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 45, S. 2544—2550.) 83, 697.
Manninger, Vilmos, Über Ätherrausch. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 49, S. 1094 bis 1095.) (Ungarisch.) 84, 10.
Markuse, K., Chloroformnarkose nach akuten großen Blutverlusten. (Experimentelle klinische Untersuchung.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 622—640.) (Russisch.) 86, 292.
Mauerer, E., Untersuchungen über die Wirkung der Narcylenbetäubung auf die Dauer und den Blutverlust in der Nachgeburtsperiode. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 45, S. 2551—2556.) 83, 697.
Mueller, Ernst Adolf, Blutuntersuchungen bei Narcylenbetäubung. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 45, S. 2556—2559.) 83, 697.
Müller, Kurt P., und Friedrich Mallebrein, Tierexperimentelle Untersuchungen über die Möglichkeit einer Gefährdung durch Narcylenbetäubung. (Diakonissenh., Freiburg i. Br.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 5, S. 184—186 u. Nr. 6, S. 224—226.) 81, 422.
Musgrave, John K., A consideration of 4000 nitrous oxid-oxygen anesthesias. (Dep. of anesthesia, Western Pennsylvania hosp., Pittsburgh.) (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 5, S. 308—311.) 83, 412.
Nicloux, Maurice, et Alexander Yovanovitch, Répartition du chloroforme au cours de l'anesthésie dans les différentes parties du système nerveux central et périphérique ainsi que dans les ganglions sympathiques. (Inst. de chim. biol., fac. de méd., Strasbourg.) (Ann. de physiol. et de physico-chim. biol. Bd. 1, Nr. 4, S. 444—470.) 83, 858.
Ogawa, Schigeschi, Über Nebennierenadrenalin und Chloroformnarkose. (Chir. Klin., med. Hochsch., Keijo.) (Beitr. z. Physiol. Bd. 3, H. 1/3, S. 111—134.) 83, 17.
Petrow, N. N., Kombination von Narkose und Lokalanästhesie. (Chir. Klin., Prof. Petrow, Leningrad.) (Festschrift f. N. Trinkler.) (Staatsverlag d. Ukraine S. 241 bis 244.) (Russisch.) 83, 87.
Porten, Ernst von der, Narcylen in der Privatpraxis. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 25, S. 1027—1028.) 82, 569.
Reis, Emil, Ist die Narcylenbetäubung geeignet, in der Chirurgie die Narkose der Wahl zu werden? (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 755—762.) 81, 728.
Righetti, Ethel, De-etherization with carbon dioxide. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 9, S. 221—222.) 83, 411.
Rimarski, W., Die Narcylenbetäubung in sicherheitstechnischer Hinsicht. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 10, S. 386—388.) 81, 805.
Romberger, Floyd T., Surgical technique from a study of 4000 anesthesias. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 1, S. 11—14.) 82, 398.
Rossiysky, D. M., Narcosis by ethylidene chloride, methylene chloride and their mixtures. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 9, S. 524—526.) 83, 860.

Rossyisky, D. M., Narcosis by aethylidenchlorid, methylenchlorid and their mixtures. (The experiments.) (Pharmacol. dep., med. inst., Moscow.) (Japan. med. world Bd. 5, Nr. 3, S. 51—53.) 33, 458.
Sattler, Jenö, Über Äthernarkose. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 42, S. 946—949.) (Ungarisch.) 34, 398.
Schmidt, H., Anästhesie durch Acetylen. (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, Nr. 2, S. 50—51.) (Spanisch.) 31, 655.
Schmidt, Helmut, Zur Narcylennarkose. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 21, S. 841—844.) 32, 397.
Schmitt, Walther, Über Narcylenbetäubung. (Ein Beitrag zur Wirkung des Acetylens auf Blutgefäße.) (Univ.-Frauenklin. u. physiol. Inst., Würzburg.) (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. 2, H. 10, S. 229—242. RM. 0.75.) 33, 696.
Shipway, Francis E., Acethylene, ethylene, propylene. (Lancet Bd. 208, Nr. 22, S. 1126—1130.) 32, 486.
Sise, L. F., Ethylene. (Lahey clin., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192. Nr. 7, S. 287—291.) 31, 506.
Sise, Lincoln F., Anesthesia for thyroid surgery. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 5, S. 287—298.) 34, 11.
Sise, Lincoln F., and Albert A. Horner, Effect of insulin on patients after etherization and operation. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 10, S. 250.) 33, 458.
Starlinger, Fritz, Versuche zum Ausbau der Äthernarkose. I. Mitt. (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 44, H. 5/6, S. 635 bis 640.) 31, 505.
Starlinger, Fritz, Versuche zum Ausbau der Äthernarkose. II. Mitt. (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 1/2, S. 174 bis 178.) 34, 10.
Tarlo, B. S., Zur Frage des plötzlichen Todes bei Chloroformnarkose. (Pathol.-anat. Inst. u. gynäkol. Klin., Univ. Kasan.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 4, S. 412—418.) (Russisch.) 33, 230.
Tournade, A., et J. Malméjac, Une première injection intraveineuse d'adrénaline n'immunise pas à coup sûr contre les dangers de la syncope adrénalino-chloroformique. (Laborat. de physiol., fac. de méd., Alger.) (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 21, S. 114—115.) 33, 859.
Vajda, Adolf, Neuere Verfahren der Allgemeinanästhesie. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 177—181.) (Ungarisch.) 33, 18.
Webb, P. K., The ether tension of surgical anesthesia. (Laborat. of biol. chem., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 23, Nr. 1, S. 75—76.) 33, 859.
Weiss, Gyözö, 3 Jahre Solästhin-Erfahrung. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 45, S. 1089 bis 1091.) (Ungarisch.) 33, 860.
Wieland, Germán, Experimentelles und Klinisches über Acetylen. (Med. germano-hispano-americ. Jg. 2, Nr. 8, S. 565—570.) (Spanisch.) 32, 228.

Allgemeinnarkose, Injektionsnarkose (subcutane, intramuskuläre, intraarterielle, intravenöse).

Arland, J. P., Intravenous anaesthesia in surgical practice. (Indian stat. hosp., Kirkee.) (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 5, S. 210—212.) 32, 269.
Arland, J. P., Note on the anaesthesia produced by intra-arterial injection of apothesine. (Indian stat. hosp., Kirkee.) (Indian journ. of med. research Bd. 13, Nr. 1, S. 95—96.) 33, 414.
Arland, J. P., Intra-arterial anaesthesia in dogs. (Indian stat. hosp., Kirkee.) (Indian journ. of med. research Bd. 13, Nr. 2, S. 263—264.) 35, 8.
Arland, J. P., Excision of the pineal body of a monkey under intra-arterial anaesthesia. (Indian stat. hosp., Kirkee.) (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 8, S. 361—362.) 35, 695.
Barnes, Roger W., The influence of scopolamine-morphine narcosis on renal function. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 8, S. 459—462.) 35, 455.
Butkiewicz, T., Intravenöse Hedonalnarkose. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 15—33.) (Polnisch.) *
Eick, Ernst, Operation in intravenöser Äthernarkose bei schweren Blutungen nach gestörter Tubargravidität. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 5, S. 265—268.) 31, 347.
Fredet, Pierre, L'anesthésie générale chirurgicale au moyen de l'allyl-isopropylmalonylurée. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 49, S. 479—483.) 34, 214.

Ginesty, Paul Mériel et Lassalle, A propos de quelques anesthésies générales au somnifène. (Clin. chir. du prof. Mériel, Toulouse.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 10, S. 151—152.) **31**, 348.
Kreuter, E., Tausend Anästhesien durch intravenöse Injektion von Isopral-Äther. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 10, S. 759—763.) (Spanisch.) **33**, 413.
Linberg, W., Die intravenöse Isopral-Äthernarkose. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 103—107.) (Russisch.) **35**, 209.
Rabau, Erwin, Versuche mit der intravenösen Somnifennarkose. (Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 31, S. 1295.) **32**, 743.

Rectale Instillationsnarkose.

Harrar, James A., Rectal ether analgesia in childbirth. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 2, S. 256—263.) **33**, 231.
Lehmann, K., Kollaps bei rectaler Äthernarkose. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 17, S. 415.) (Dänisch.) **32**, 269.
Robineau, L'anesthésie à l'éther par voie rectale. (Hôp. Necker, Paris.) (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 49, S. 1847—1851.) **34**, 750.
Török, Imre v., Beiträge zur rectalen Narkose mit Äther-Ölmischung ää. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 6, S. 366—371.) **32**, 742.
Woronzoff, W. N., Äthernarkose per rectum bei Tieren (Kaninchen). (Festschr. f. Trinkler. Staatsverlag d. Ukraine. S. 1—9.) (Russisch.) **35**, 7.

Rückenmarksanästhesie.

Asteriadès, Tasso, Sur le traitement de l'iléus spasmodique post-opératoire aigu par la simple rachianesthésie. (Hôp. franç., Salonique.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 89, S. 1480—1481.) **34**, 251.
Blaschke, F., und G. Herrmann, Zur Frage der Hirnnervenschädigungen nach Lumbalanästhesie. (Chir. Klin. u. psychiatr. Klin., dtsch. Univ. Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 45, S. 1685—1686.) **34**, 751.
Bogusewski, P., Die operative Fixation der tuberkulösen Wirbelsäule unter Lumbal- oder Lokalanästhesie. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 19/20, S. 1521.) (Russisch.) **35**, 359.
Boros, József, Cystische eitrige Meningitis cerebrospinalis nach Lumbalanästhesie mit Novocain. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 118—119.) (Ungarisch.) **33**, 423.
Četwerikow, N. S., Die Rückenmarksanästhesie und ihre Wirkung auf das Nervensystem. (Städt. Krankenh., Sserpuchow.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 15, S. 71 bis 79.) **35**, 9.
Coleman, Robert B., Spinal anaesthesia by stovaine. (Church missionary hosp., Old Cairo.) (Brit. med. journ. Nr. **3351**, S. 548—549.) **32**, 76.
Gross, W., Zu dem Artikel vom 1. November 1924: „Rückenmarksschädigungen nach Lumbalanästhesien" (Dr. Walther Weigeldt). (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 26, S. 1441—1442.) **33**, 297.
Grumach, Helene, Ein Beitrag zur Bewertung der Lumbalanästhesie. (Städt. Krankenanst., Königsberg i. Pr.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 6, S. 349—365.) **32**, 744.
Hugel, Hermann, Schädigungen nach Lumbalanästhesie und deren Folgen. (Frauenklin., Univ. Erlangen.) (Dissertation: Erlangen 1925. 2 S.) *
Jaschke, Rud. Th. von, Zur Aufklärung der Kopfschmerzen nach Lumbalanästhesie. (Univ.-Frauenklin., Gießen.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 2, S. 65—66.) **31**, 213.
Judin, S. S., Lumbalanästhesie. Monographie. (Sserpuchow [Moskauer Gouvernement], 347 S.) (Russisch.) **35**, 75.
Kowarsky, G. I., Über die hohe Rückenmarksanästhesie. (Chir. Univ.-Klin., II. Moskauer Univ., Prof. Ssolowoff.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. **7**, H. 2, Nr. 26, S. 274—292.) (Russisch.) **33**, 232.
Krönig, W., Lumbalanästhesie und gynäkologische Bauchoperationen. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 13, S. 696—702.) **32**, 229.
Lefebvre, Ch., De l'action de la rachianesthésie dans l'iléus. (Clin. chir. du prof. Mériel, Toulouse.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 101, S. 1671.) **34**, 251.
Leriche, René, Spinal anaesthesia. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 38—44.) **31**, 212.
Liebhart, Stanislaw, Beitrag zu den Komplikationen nach Lumbalanästhesie bei gynäkologischen Operationen. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 52, S. 1096—1097.) (Polnisch.) **35**, 8.
Mandelbaum, Richard, Über Erfahrungen mit der Lumbalanästhesie bei gynäkologischen Operationen. (Landes-Hebammenlehranst. u. Landes-Frauenklin., Karlsruhe.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 19, S. 1023—1026.) **32**, 487

Marchini, Franco, La rachianestesia colla tropococaina. (Sez. chir., osp. G. B. Morgagni, Forli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 4, S. 359—399.) 82, 398.
Negley, J. C., Spinal anesthesia in urology. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 4, S. 452—454.) 83, 568.
Parmenter, Frederick J., A brief analysis of 116 cases of sacral and 26 cases of spinal anaesthesia in urologic operations. (Bull. of the Buffalo gen. hosp. Bd. 3, Nr. 1, S. 22—26.) 83, 568.
Seidler, Maximilian, Die Lumbo-Sakralanästhesie bei gynäkologischen Operationen. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 19, S. 1040—1044.) 82, 570.
Silva, José M., Zur Verbreitung der Rhachianästhesie. (Clin. d. prof. A. Navarro, Montevideo.) (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 11, S. 909—930.) (Spanisch.) 85, 531.
Simionescu, Ion I., Über die Zufälle bei Lumbalanästhesie. (Spitalul Jg. 45, Nr. 12, S. 454—457.) (Rumänisch.) 84, 750.
Sokolov, M. V., 300 Fälle von Lumbalanästhesie mit Novocain. (Gynäkol. Abt., Krankenh., Pensa.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 12, S. 28—34.) (Russisch.) 85, 471.
Steel, William A., Blood pressure maintenance in spinal anesthesia. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 2, S. 79.) 81, 350.
Trnka, Pavel, Blutdruckschwankungen bei Lumbalanästhesie. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 16, S. 612—618 u. Nr. 17, S. 655—662.) (Tschechisch.) 82, 75.
Váňa, Antonín, Nebenerscheinungen bei Lumbalanästhesie, besonders Peristaltik des Darmes. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 29, S. 1077—1082, Nr. 30, S. 1113 bis 1116 u. Nr. 31, S. 1142—1146.) (Tschechisch.) 84, 337.
Vaquié, G.-E., Considérations sur la rachianesthésie (2.250 cas). (Presse méd. Jg. 33, Nr. 25, S. 405—407.) 82, 75.
Vialard et Darleguy, Sur un cas de diabète insipide apparu à la suite d'une rachianesthésie. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 23, S. 963 bis 968.) 83, 414.
Vidlička, Jaroslav, Kopfschmerzen nach Lumbalanästhesie. (Chir. klin. prof. Kostlivého, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 5, Nr. 1, S. 47—50.) (Tschechisch.) 84, 337.
Vries, C. L. F. de, Spinalanesthesia. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 4, S. 201—202.) *
Warnecke, Karl, Ein Beitrag zu den Erfahrungen über die Lumbalanästhesie. (Prov.-Hebammenlehranst., Hannover.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 49, S. 2765 bis 2768.) 84, 57.
Weigeldt, Walther, Rückenmarksschädigungen nach Lumbalanästhesien und Vuzininjektion (Obliteration des Subarachnoidealraumes). (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 121—132.) 81, 351.

Epidural-, Sakralanästhesie, Paravertebral- und Parasakralanästhesie.

Bilger, F., De l'anesthésie épidurale en chirurgie urinaire. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 111—126.) *
Eymer, H., Zur Sakralanästhesie. (Univ.-Frauenklin., Innsbruck.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 69, H. 5/6, S. 347—356.) 83, 19.
Freude, E., und Ellie Sp. Kanellis, Über die Wirkung der segmentären paravertebralen Novocaininjektion bei intraabdominellen und intrathorakalen Erkrankungen. (III. med. Univ.-Klin., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1597 bis 1599.) 83, 214.
Gerlach, Friedrich, Weitere Mitteilungen zur differentialdiagnostischen und therapeutischen Verwertung der Paravertebralanästhesie. (Krankenh. I, Hannover.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 26, S. 1067—1069.) 82, 744.
Gubergritz, M., und I. Ischtschenko, Zur Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchhöhle. (Klin. f. spez. Pathol. u. Therapie, med. Hochsch., Kiew.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 4, S. 269—275.) (Russisch.) 83, 213.
Havlicek, Hans, Die Leitungsunterbrechung der Rückenmarkssegmente als klinisches Experiment. (Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch, Dresden.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 43, S. 1018—1027.) 84, 496.
Kappis, Max, Die diagnostische und therapeutische Verwertung der paravertebralen Novocaineinspritzung. (Stadtkrankenh. I, Hannover.) (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 7, S. 335—338.) 82, 517.

Läwen, A., Weitere Beiträge zur Sakralanästhesie und zur Paravertebralanästhesie für diagnostische und operative Zwecke. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 35, S. 1449—1452.) **33**, 297.

Lowsley, Oswald Swinney, Right nephrectomy with paravertebral anesthesia. (New York hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 285—288.) *

Mandl, Felix, Paravertebrale Betäubung bestimmter Segmente bei Operationen an den Gallenwegen. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 8, S. 405—408.) **31**, 425.

Mandl, Felix, Die Wirkung der paravertebralen Injektion bei „Angina pectoris". (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 495—518.) **33**, 92.

Mandl, Felix, Die Anwendungsbreite der paravertebralen Injektion. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 49, S. 2356—2358.) **34**, 57.

Mandl, Felix, Weitere Erfahrungen mit der paravertebralen Injektion bei der Angina pectoris. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 27, S. 759—760.) *

Nye, L. J. J., and C. L. Paine, Sacral anaesthesia. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 2, S. 29—32.) **34**, 751.

Ottenheimer, Edward J., Sacral anesthesia. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 24, S. 1094—1096.) **34**, 215.

Parmenter, Frederick J., A brief analysis of 116 cases of sacral and 26 cases of spinal anesthesia in urologic operations. (Bull. of the Buffalo gen. hosp. Bd. 3, Nr. 1, S. 22—26.) **33**, 568.

Perebaskin, J., Zur Technik der epiduralen Injektionen von physiologischer Kochsalzlösung bei Ischias. (Jekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 202 bis 209.) (Russisch.) **37**, 877.

Pugh, Winfield Scott, Posterior sacral anesthesia (an improved technique). (Urol. dep. [James Buchanan brady found.], New York hosp., New York.) (Med. times Bd. 53, Nr. 8, S. 191—192 u. S. 206.) **35**, 384.

Seidler, Maximilian, Die Lumbo-Sakralanästhesie bei gynäkologischen Operationen. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 19, S. 1040—1044.) **32**, 570.

Sirovicza, M., Die paravertebrale Anästhesie in der Urologie. (11. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 803.

Leitungsanästhesie und Lokalanästhesie.

Adrion und Hoenig, Die Stammanästhesie des Nervus maxillaris. (Zahnärztl. Inst., Univ. Berlin.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 10, S. 269—283.) **32**, 398.

Amersbach, Karl, Untersuchungen zur Frage der Oberflächenanästhesie unter besonderer Berücksichtigung des Psicain, Tutocain und Phenol. (Hals-Nasen-Ohrenklin., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 9, H. 4, S. 464—482.) **32**, 77.

Anderson, J. Gordon, The elimination of morphin and other accessory drugs in operations under local anaesthesia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 994—1001.) **32**, 269.

Andrejew, L. A., Einwirkung der Lokalanästhesie auf den Blutdruck bei Operationen. (Chir. Fak.-Klin., med. Inst., Leningrad.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 1/2, S. 21—28.) **33**, 414.

Astraldi, A., und J. A. Quintana, Lokalanästhesie bei Lithotripsie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 5, S. 111—113.) (Spanisch.) *

Barnes, W. Harry, A plea for the more general use of local anesthesia in tonsillectomy. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 9, S. 706—710.) *

Baumann, M., Kurzgefaßte Technik der örtlichen Betäubung. (Berlin. Klinik Jg. 32, H. 349, S. 1—16.) *

Behan, Richard J., Local anesthesia in surgery of the extremities. (Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 8, S. 495—502.) **33**, 700.

Bergamini, Attilio, L'anestesia locale in chirurgia generale. (Div. chir., osp. civ., Verona.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 3, S. 113—128.) **31**, 904.

Birkholz, Über die Tiefe der Wirkung epimukös aufgetragener örtlicher Betäubungsmittel, abgeleitet an Prüfungen in der Nase. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 22, S. 1061—1062.) **32**, 809.

Blessing, G., Die Entwicklung der Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde. (Zahnärztl. Univ.-Poliklin., Heidelberg.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 10, S. 262—269.) **32**, 399.

Bock, Fritz, Facialislähmung durch Anästhesierung der Ohrmuschel mittels Novocaininjektion. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Rostock.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13, H. 1, S. 158—159.) **33**, 700.

Bogušewski, P., Die operative Fixation der tuberkulösen Wirbelsäule unter Lumbal- oder Lokalanästhesie. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1521.) (Russisch.) **35**, 359.
Braun, Heinrich, Die örtliche Betäubung, ihre wissenschaftlichen Grundlagen und praktische Anwendung. Ein Hand- und Lehrbuch. 7., durchges. u. erg. Aufl. (Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1925. VI, 511 S. Geb. RM. 22.50.) **32**, 76.
Cade, Stanford, Hunterian lecture on regional anaesthesia. (Physiol. laborat., King's coll., London.) (Lancet Bd. **208**, Nr. 17, S. 856—862.) **32**, 76.
Canuyt et Terracol, L'anesthésie locale du voile du palais. (Arch. internat. de laryngol., otol-rhinol. et broncho-œsophagoscopie Bd. **4**, Nr. 3, S. 295—298.) **32**, 230.
Canuyt et Terracol, L'adrénaline et l'anesthésie locale. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 4, S. 333—342.) *
Carlton, C. Hope, Regional anaesthesia: An estimate of its place in practice. (Mayo found., Rochester, Minn.) (Brit. med. journ. Nr. **3353**, S. 648—651.) **31**, 804.
Carter, R. Franklin, A negative pressure syringe for local and regional anesthesia. (Anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 6, S. 370—374.) **34**, 681.
Chetwood, Charles H., and John D. Cooney, Notes upon regional anesthesia in urology, with report on a new local anesthetic, tutocain. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 5, S. 108—110.) **33**, 569.
Copeland, A. J., Psicaine. A new local anaesthetic. (Pharmacol. laborat., univ., Cambridge.) (Brit. med. journ. Nr. **3340**, S. 9—11.) **31**, 805.
Copeland, A. J., and H. E. F. Notton, The borocaines: A new class of local anaesthetics. (Laborat. of pharmacol. a. chem., Cambridge.) (Brit. med. journ. Nr. **3378**, S. 547—550.) **33**, 414.
Corlette, C. E., Narco-local anaesthesia in general surgery. (Med. journ. of Australia Bd. **2**, Nr. 2, S. 32—42.) *
Dimitrijew, Weitere Beobachtungen über lokale Anästhesie mittels Injektion von 1 proz. Bromkalilösung. (Gouvernementkrankenh., Archangelsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 21, S. 1128.) **32**, 270.
Dinermann, J., Die Lokalanästhesie in der Praxis des Umanjer Kreiskrankenhauses im Jahre 1922 und 1923. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 75—85. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 862.
Dogariu, V., und Borşa, Der Vorteil der örtlichen Betäubung bei einigen operativen Indikationen. (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 3/4, S. 59.) (Rumänisch.) *
Eykenbary, C. F., and Mitchell Langworthy, Regional and field block anesthesia. In extremity surgery. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 1, S. 47—52.) **31**, 352.
Farr, Robert Emmett, Local anesthesia in the tuberculous patient. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 7, S. 392—394.) **33**, 700.
Farr, Robert Emmett, Equipment and technic for the use of local anesthesia. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 8, S. 485—488.) *
Fischer, Guido, Lokalanästhesie. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. **1**, Liefg. 1, S. 9 bis 33.) **31**, 426.
Fischer, Guido, Über die Fortschritte der Lokalanästhesie in der Augenheilkunde. (Inst. odontol., Univ. Hamburg.) (Medicina Jg. **3**, Nr. 6, S. 439—443.) (Spanisch.) *
Fodor, György István, Untersuchungen der Resorptionsverhältnisse des Adrenalins in Verbindung mit der Lokalanästhesie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 1, S. 7 bis 8.) (Ungarisch.) **31**, 351.
Frigyesi, J., Die Lokalanästhesie bei den gynäkologischen Operationen. (11. ung. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 801.
Frigyesi, J., Lokalanästhesie bei gynäkologischen Operationen. Kurzer Auszug des referierenden Vortrages. (Hauptstädt. Frauenspit. a. Bákatsplatz, Budapest.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 23, S. 1254—1261.) **32**, 270.
Frostell, G., Lokalanästhesie und Frakturbehandlung. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 24, S. 1308—1309.) **32**, 488.
Gusev, P., Zur Frage der lokalen „Querschnittsanästhesie" bei Amputationen. (Kreiskrankenh. Wetlužsk, Gouv. Nišni-Nowgorod.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. **21**, Nr. 11, S. 1156—1159.) (Russisch.) **37**, 78.
Gutiérrez, Alberto, Die Lokalanästhesie und die Chirurgie der Gallenwege. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 4, S. 141—148; Clin. castellana Bd. **31**, Nr. 6, S. 265 bis 278.) (Spanisch.) **33**, 459. **34**, 751.
Gutierrez, Alberto, L'anesthésie locale dans la chirurgie des voies biliaires. (Clin. chir. Gutierrez, Buenos Aires.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 11, S. 937 bis 945.) **35**, 212.
Härtel, Fritz, Zur Behandlung von Kollapszuständen nach der Lokalanästhesie. (I. Chir. Univ.-Klin., Osaka.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 27, S. 1458 bis 1459.) **32**, 571.

Hammer, Heinrich, Über die Brauchbarkeit des neuen Anaestheticums Tutocain. (Zahnärztl. Inst., Univ. Berlin.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 2, S. 49—53.) 31, 58.

Heinemann, Apoplektische Bulbärparalyse nach Novocain-Suprarenininjektion. (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 19, S. 673—676.) 34, 338.

Hellwig, C. A., Die Anästhesie bei Schilddrüsenoperationen in der Schmiederschen Klinik in Frankfurt a. M. (Minnesota med. 8, S. 107.) 31, 803.

Hilarowicz, Henryk, Zur Technik der Leitungsanästhesie am Plexus brachialis. (Chir. Klin., Univ., Lwów.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 42, S. 2349—2351.) 33, 459.

Hillen, Jacqueline, Untersuchungen über den Adrenalingehalt der Novocain-Suprarenintabletten „Höchst". (Pharmacotherapeut. laborat., univ., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 12, S. 1323—1326.) (Holländisch.) 31, 804.

Hillen, Jacqueline, Bemerkungen zu den handelsfertigen Novocain-Suprarenintabletten (Höchst). (Pharmakol. Laborat., Univ. Amsterdam.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 15, S. 726—727.) 32, 269.

Hirsch, Caesar, Lehrbuch der Lokalanästhesie des Ohres und der oberen Luft- und Speisewege. Mit einem Vorwort v. O. Voss. (Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. XVI, 293 S. RM. 25.—.) 34, 216.

Hirschfelder, Arthur D., Irma Backe and Janette Jennison, The rôle of epinephrin on the production of edema by local anesthetics. (Dep. of pharmacol., univ. of Minnesota, Minneapolis.) (Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 24, Nr. 6, S. 453—457.) 32, 77.

Jackson, A. S., Thyroidectomy under local anaesthesia. (Northwest med. 24, S. 617.) 35, 212.

Jensen, Herman H., and Arthur D. Hirschfelder, Studies upon the local anesthetic and antispasmodic actions of some ethers and esters of saligenin. (Dep. of pharmacol., univ. of Minnesota, Minneapolis.) (Journ. of pharmacol. a. exp. therapeut. Bd. 24, Nr. 6, S. 423—448.) *

Igarzabál, José E., Über Lokalanästhesie. (Anales del inst. modelo de clín. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 236—241.) (Spanisch.) *

Illyés, Géza v., Über Lokalanästhesie bei urologischen Operationen. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 308—309.) 33, 19.

Joachimoglu, G., und J. Zeltner, Über die lokalanästhetische Wirkung des o-Oxybenzylalkohols. (Pharmakol. Inst., Univ. Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 20, S. 1079—1081.) 32, 229.

King, James J., Synergistic analgesia in head surgery with special reference to novocain, magnesium sulphate and morphin. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 3, S. 200 bis 203; Med. times Bd. 53, Nr. 3, S. 57—58.) 32, 489. 35, 791.

Király, J., Die Lokalanästhesie. (11. ung. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11. bis 13. IX. 1924.) 31, 802.

König, Fritz, Occipitalneuralgie infolge Lokalanästhesie bei Strumaoperation. (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 1, S. 18—19.) 31, 213.

Konrád, Jenö, Über den Wert von Tutocain in der Lumbalanästhesie. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 50, S. 1224—1226.) (Ungarisch.) 34, 215.

Küster, Hermann, Über die Verwendung der Lokalanästhesie in Geburtshilfe und Gynäkologie. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 19, S. 588—591 u. Nr. 20 S. 623—627.) *

Kukowerov, N., Anatomische und physiologische Begründung der Lokalanästhesie der Bauchorgane. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa 12. bis 15. IX. 1924, S. 67—72, Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *

Kulenkampff, D., Die Einrenkung der Unterkieferverrenkung in örtlicher Betäubung. (Staatl. Krankenstift, Zwickau i. S.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 52, S. 2229.) 34, 67.

Läwen, A., Über Nervenvereisung bei Amputationen, Amputationsneuromen, Angiospasmen, Erythromelalgie, seniler Gangrän und Ulcus cruris varicosum. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 3, S. 405 bis 428.) 32, 93.

La Rossa, Buonomo, et Raffaele Riccio, L'adrénaline est-elle dangereuse dans l'anesthésie régionale-locale? (Paris méd. Jg. 15, Nr. 43, S. 341—343.) 33, 458.

La Rossa, F. Buonomo, Esperimenti su un nuovo anestetico locale. (Osp. „Incurabili", Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. 6, Nr. 3, S. 155—163.) 32, 809.

Lasch, Fritz, Vergleichende Untersuchungen über die Wirkung einiger Lokalanaesthetica auf Herz und Darm. (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Naunyn-Schmiedebergs Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 110, H. 3/4, S. 142—152.) 35, 77.

Leichsenring, Über die Erfahrungen mit Psicain und d-4-Cocain-Natriumtartarat in der Schleimhautanästhesie von Nase und Kehlkopf. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 225—227 u. 227—228.) *

Lettieri, Raffaele, Anestesia dei nervi periferici. (Milano, Alfieri e Lacroix 1925. XIX, 178 S. L. 90.—.) *

Lobmayer, G., Über ein neues Lokalanaestheticum. (11. ung. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 805.

Lobmayer, Géza, Ein neues Anaestheticum (Tutocain). (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 13, S. 281—282.) (Ungarisch.) *

Lowsley, Oswald Swinney, Kidney and prostate operations under regional anaesthesia. Moving picture demonstration. (Dep. of urol., New York hosp.) (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 2, S. 70—74.) **32**, 744.

Lowsley, Oswald Swinney, Major urological operations under regional anesthesia. (James Buchanan Brady found. f. urol., New York hosp., New York.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 10, S. 447—453.) **33**, 700.

Lowsley, Oswald Swinney, and H. Earl Rogers, Inhalation versus regional anesthesia for prostatectomy. (Dep. of urol., New York hosp., New York.) (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 20, S. 893—901.) **34**, 56.

Lundy, John S., An easy method of inducing local anesthesia for simple amputation of the breast. (Sect. on anesthesia, Mayo clin., Rochester, Minn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 11, S. 824.) **33**, 416.

Luniatschek, F., Tutocain, ein neues Lokalanaestheticum. (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **43**, H. 7, S. 179—185.) **31**, 805.

Mansky, Fritz, Klinische und pathologische Beiträge zu den Erkrankungen der oberen Luftwege und des Ohres. XIII. Über Intoxikationen bei Verwendung des Alypins und des Psicains. (Stadtkrankenh., Dresden-Johannstadt.) (Folia-oto-laryngol. I. Tl. Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **13**, H. **6**, S. 429—435.) **34**, 11.

Melchior, Max, Ampullen oder Tabletten? (Chir. Abt., zahnärztl. Inst., Kopenhagen.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **43**, H. 15, S. 461—476.) **33**, 19.

Meyer, Karl A., and William A. Brams, Gunshot wound of the heart. Repair under local anesthesia with complete recovery of the patient. (Cook County hosp. a. Michael Reese hosp., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 5, S. 379—382.) **34**, 706.

Mineff, Mihaïl Tz., Topographische Anatomie des Ligamentum pterygomandibulare und Technik der Anästhesierung des Nervus alveolaris inferior. (Jahrb. d. med. Fak., Univ. Sofia Bd. **4**, S. 283—291.) (Bulgarisch.) **36**, 393.

Moorhead, S. W., Anesthesia for minor urological operations. (Hosp., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. **5**, S. 557—569.) **35**, 680.

Morgan, J. O., Local anesthesia in major sugery. (Journ. of surg. a. med. Bd. **38**, Nr. 4, S. 145—147.) *

Morian, Richard, Zur Frage der Nierenreizung nach Novocainanästhesie. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 31, S. 1711—1712.) **34**, 216.

Müller, J. M., Über Mandibuläranästhesie. (62. Vers. d. Zentral-Ver. dtsch. Zahnärzte, Hannover, Sitzg. v. 10.—13. IX. 1925.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **43**, H. 22, S. 822—828.) **34**, 12.

Myerson, M. C., Improved local anesthesia for bronchoscopy in adults. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 2, S. 159—161.) **32**, 809.

Naliwkin, P., Lokalanästhesie nach den Ergebnissen der Abteilung des Verfassers. (Odessa.) (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 72—75. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 862.

Nassau, Charles F., Local anesthesia in surgery of the abdominal wall and cavity. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 8, S. 492—495.) *

Neuschlosz, S. M., Über den Angriffspunkt des Novocains im quergestreiften Muskel. (Physiol. Inst., med. Fak., Rosario de Santa Fé, Arg.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **207**, H. 1, S. 58—64.) **32**, 77.

Novák, Vladimír, Tutocain. (Časopis lékařův českých Jg. **64**, Nr. 5, S. 182—185.) (Tschechisch.) **31**, 353.

Orth, Oscar, Magenoperationen in Lokalanästhesie. (Landeskrankenh., Homburg [Saar].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 48, S. 2701—2702.) **33**, 862.

Pauchet, Victor, Paul Sourdat et Gaston Labat, Anesthésie des doigts et de la main.) (Clinique Jg. **20**, Nr. 46, S. 218—222.) *

Petrow, N. N., Kombination von Narkose und Lokalanästhesie. (Chir. Klin., Prof. Petrow, Leningrad.) (Festschrift f. N. Trinkler.) (Staatsverlag d. Ukraine 1925. S. 241—244.) (Russisch.) **33**, 87.

Picatoste, Julio, Technik der Lokalanästhesie in der Chirurgie der Harn- und Geschlechtskrankheiten. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 424, S. 597—602.) (Spanisch.) *

Pokotilo, W., Lokalanästhesie. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa 12.—15. IX. 1924, S. 64—67. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *

Pouey, Enrique, Lokalanästhesie durch Niketol. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 10, S. 817—841.) (Spanisch.) 35, 532.

Pugh, Winfield Scott, Regional anesthesia in urological surgery. (Urol. dep., New York hosp. (Med. journ a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 30—33.) 34, 339.

Pugh, Winfield Scott, Surgery of the bladder: Local anesthesia technic. (Anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 359—369.) *

Pugh, Winfield Scott, Suprapubic cystotomy under local anesthesia. (Urol. dep., New York hosp.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 2, S. 48—54.) *

Pugh, Winfield Scott, Practical points on needles and syringes for local anesthesia technic. (Med. times Bd. 53, Nr. 10, S. 248.) *

Reichle, Herbert, S. Alpha-Lobelin as a specific respiratory stimulant: with special reference to its use in connection with anesthesia. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 14, S.218—221.) *

Rein, Herm., Percutane Elektrosmose oder Iontophorese? (Physiol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1601—1604.) 33, 19.

Schaack, Wilhelm, Erweiterung der Indikationen zur Lokalanästhesie. (Chir. Fak.-Klin., med. Inst., Leningrad.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 1/2, S. 9 bis 20.) 33, 414.

Schulz, L. W., The standardization of local anesthetics by their application to the sciatic nerve trunk of a frog. (Journ. of laborat. a. clin. med. Bd. 11, Nr. 2, S. 176 bis 179.) 35, 383.

Seidel, Hans, Scheinbare und wirkliche Fortschritte der Lokalanästhesie. (62. Vers. d. Zentral-Ver. dsch. Zahnärzte, Hannover, Sitzg. v. 10.—13. IX. 1925.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 21, S. 766—779.) 33, 861.

Sennels, Aage, Vereinfachung der Technik der Lokalanästhesie in der kleinen Chirurgie. (Kommunehosp., Aarhus.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 53, S. 1196 (Dänisch.) 34, 339.

Sicher, Harry, Anatomie und Technik der Leitungsanästhesie im Bereiche der Mundhöhle. Ein Lehrbuch für den praktischen Zahnarzt. 2., verb. Aufl. (Berlin: Julius Springer 1925. 63 S. RM 3.90.). 31, 730.

Simon, Béla, Injektionsanästhesie in der zahnärztlichen Praxis. (Fog orvosi szemle Jg. 18, Nr. 7, S. 385—401.) (Ungarisch.) *

Sonnenschein, Robert, Further experiences with dilute alcohol nerve blocking anesthesia in tonsillectomy. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 3, S. 208—212.) 31, 803.

Stephenson, J. W., A. J. Bryson and S. C. Smith, Regional anesthesia in over four hundred major operations at the Ashland clinic. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 1, S. 40—50.) 32, 399.

Szabó, József, Die Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis. (Fogorvosi szemle Jg. 18, H. 3, S. 142—150.) (Ungarisch.) *

Thayer, Floyd K., Butesin picrate, a new type of anesthetic-antiseptic. (Research dep., Abbot laborat., Chicago.) (Americ. journ of pharmacy Bd. 97, Nr. 1, S. 39 bis 42.) 32, 743.

Tierny, A., Comment pratiquer l'anesthésie locale. (Principes généraux). (Clinique Jg. 20, Nr. 37, S. 19—20.) *

Tiffin, C. C., Some experiences in local anaesthesia in goiter surgery. (Northwest med. 24, S. 614.) 35, 212.

Torek, Franz, Regional anesthesia in kidney and bladder operations. (Anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 352.) *

Vollhardt, Optocain „B“, ein weiteres neues Lokalanaestheticum. (Bezirkskrankenh., München-Pasing.) (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 3/4, S. 38—39.) 32, 269.

Wagner, Wilhelm, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen der Lokalanaesthetica Psicain und Tutocain. (Pharmacol. Inst., Vereinigte Friedrichsuniv., Halle-Wittenberg.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 109, H. 1/2, S. 64 bis 73.) 35, 77.

Walbum, L. E., Konservierung von Novocain-Suprareninlösung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 50, S. 1106—1108.) (Dänisch.) 34, 338.

Watson-Williams, E., P. Watson-Williams, F. R. Chambers, G. C. Dixon, S. Hardy Kingston and L. C. Clairemont, Reports on tutocaine: A local anaesthetic. (Lancet Bd. 208, Nr. 18, S. 913—914.) 33, 299.

Watson-Williams, Eric, The comparative efficiency of local anaesthetics. (Bristol. med.-chir. journ. Bd. 42, Nr. 157, S. 164—172.) 33, 699.

Wiedhopf, Oskar, Die Leitungsanästhesie zur Reposition der traumatischen Hüftgelenksluxation. (Chir. Univ.-Klin., Marburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 9, S. 454—456.) 31, 352.
Wiedhopf, Oskar, Experimentelle Untersuchungen und klinische Erfahrungen mit Tutocain und mit Dolantin, einem neuen Lokalanaestheticum. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 38, S. 1597—1598.) 33, 87.
Wiedhopf, Oskar, Über die Reposition von Unterkieferluxationen nach Einspritzung von örtlichen Betäubungsmitteln in die Kaumuskulatur. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2007.) 34, 67.
Winterstein, O., Über das Anaestheticum Tutocain. (Chir. Abt., Kantonsspit. Winterthur.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 37, S. 844—846.) 33, 415.
Wirz, Fr., „Elektroendosmose" und „elektrophoretische" Lokalanästhesie (Feststellungen zu den Aufsätzen von H. Rein in Bd. 81 d. Zeitschrift) nebst einem Nachweis der percutanen galvanischen Jodeinverleibung. (Dermatol. Univ.-Klin. u. Poliklin., München.) (Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 5/6, S. 547—552.) 35, 78.
Wischnewsky, A. W., Ein neues Verfahren der Lokalanästhesie bei suprapubischer Prostatektomie. (Chir. Hosp-Klin., Staatsuniv., Kasan.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 31, S. 1701—1702.) 34, 216.
Zinner, N., Die Lokalanästhesie in der orthopädischen Chirurgie. (11. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 797.

Splanchnicusanästhesie.

Graf, Paul, Weitere Erfahrungen zur Splanchnicus-Betäubung nach Kappis. (Städt. Krankenh., Neumünster i. H.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 400 bis 407.) 31, 507.
Harke, Wilhelm, Die Beeinflussung der Blutdrucksenkung bei der Splanchnicusanästhesie durch Pituglandol. (Städt. Krankenh. I., Hannover.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 11, S. 565—568.) 31, 506.
Hillman, O. Stanley and Raymond E. Apperly, Splanchnic analgesia, with record of ninety-one cases. (Lancet Bd. 208, Nr. 17, S. 863—867.) 32, 269.
Kappis, Max, Die Technik der Einspritzung an den Nervus splanchnicus. (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 46, S. 1097—1099.) 33, 860.
Lundy, John S., Splanchnic block. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 887 bis 893.) 32, 570.
Meeker, William R., Splanchnic anesthesia: An analysis of forty-two cases. (Mayo found., Rochester.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 699—719.) 31, 729.
Silva, José, M., Über Splanchnicusanästhesie. (Clín. d. prof. A. Navarro, Montevideo.) (Anales de la fac. de méd. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 2, S. 140—160.) (Spanisch.) 33, 698.
Toennissen, Erfahrungen über Splanchnicusanästhesie nach Braun. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 655.

Desinfektion und Wundbehandlung.

Übersichtsreferat.

Von

Erich Sonntag, Leipzig.

Im nachstehenden Übersichtsreferat soll im Anschluß an die früher erschienenen Referate aus den Jahren 1920, 1921 und 1922/23 Bericht gegeben werden über die Fortschritte auf dem Gebiete der Desinfektion und Wundbehandlung in den Jahren 1924 und 1925.

Zusammenfassend läßt sich über die beiden vergangenen Jahre sagen, daß die neueren Arbeiten nichts grundsätzlich Neues bringen, sondern im wesentlichen nur Ergänzungen und Vertiefungen in Einzelheiten, so daß an dem Altbewährten festgehalten werden kann. Immerhin liegt eine Reihe bemerkenswerter Arbeiten vor, und zwar auf dem Gebiete der Desinfektion wie auf dem der Wundbehandlung; eine be-

sondere Berücksichtigung verlangt heutzutage die Kolloidchemie, von welcher wohl mit Recht noch manche Förderung erwartet wird, wenn sie bisher auch freilich zu keinen Umwälzungen in der Praxis geführt hat.

In Übereinstimmung mit den früheren Referaten folgt auch das vorliegende der üblichen Einteilung des Stoffs. Dieser gliedert sich zunächst in die zwei Hauptabschnitte: Desinfektion und Wundbehandlung.

A. Desinfektion.

Bei der Desinfektion besprechen wir nacheinander Operateur, Operationsfeld, Instrumente, Naht- und Unterbindungsmaterial, Verbandstoffe und Operationsraum bzw. -betrieb.

1. Hände des Operateurs.

Vor die Besprechung der eigentlichen Händedesinfektion gehört ein Hinweis auf die höchst wichtige Prophylaxe: Hautpflege und Nichtinfektion. Wir sind darüber in unseren früheren, namentlich im ersten Referat, etwas näher eingegangen, möchten aber hier doch nochmals hinweisen auf die von erfahrenen Chirurgen immer wieder betonten Mahnungen: 1. die Hände, da sie nur in gepflegtem Zustand gut desinfiziert werden können, sorgsam zu pflegen, insbesondere scharfe Seifen, kräftige Bürsten und angreifende Desinfizientien zu vermeiden und die Hände durch Salbeneinreibung, Handschuhbedeckung, Schonung usw. geschmeidig zu erhalten; 2. die Hände, da ihre absolute Desinfektion unmöglich ist, vor Berührung mit infektiösem Material zu schützen, insbesondere infektiöse Prozesse und ihre weitere Umgebung (vgl. Payr im vorjährigen Referat) nicht mit bloßen Händen anzufassen bzw. die Hände durch Gummihandschuhe zu schützen, ferner bei trotzdem eingetretener Beschmutzung sofort und gründlichst zu desinfizieren und evtl. auch eine mehrtägige Karenzzeit im Operieren einzuhalten, wenn nicht überhaupt eine Trennung in aseptische und septische Abteilungen durchgeführt werden kann.

Bei der eigentlichen Händedesinfektion wird wohl meist wie bisher verfahren nach der Ahlfeldschen Methode (je 5 Min. heißes Wasser und Alkohol) oder nach der Fürbringerschen Methode (5—10 Min. heißes Wasser, 3 Min. Alkohol und 3 Min. Sublimat). Im wesentlichen sind es drei Fragen, welche immer wieder zur Diskussion gebracht werden, nämlich 1. ob die mechanische Reinigung der Hände vor der antiseptischen Bearbeitung überhaupt notwendig erscheint, 2. ob und in welcher Form der Alkohol anzuwenden ist und 3. ob und welches Antisepticum außerdem noch hinzugezogen werden soll. Im Anschluß daran wäre noch über die Gummihandschuhe und ihren Ersatz zu sprechen. Was den ersten Punkt angeht, so fordern die meisten Autoren aus guten Gründen, auf welche hier nicht weiter eingegangen werden soll, eine vorherige mechanische Reinigung der Hände während 5—10 Min. und mehr mit heißem Wasser, weicher Bürste bzw. Luffaschwamm oder Gazelappen und milder Seife, wobei ein öfterer Wechsel notwendig und das Vermeiden der Beschmutzung mit infektiösem Material wichtig ist, während auf mechanisch (Quarzsand oder Marmorstaub) und chemisch (Antiseptica) wirksame Zusätze zur Seife wenig Wert gelegt wird; andere Autoren verzichten auf die mechanische Reinigung der Hände, indem sie auf die gerbende Wirkung des Alkohols das Hauptgewicht legen und auf das günstige Ergebnis der bakteriologischen Prüfungen bei reiner Alkoholwaschung bauen. Von einzelnen Autoren wird auch auf den Alkohol verzichtet, nämlich besonders von denen, welche das Sagrotan empfehlen (s. u.), sowie von Pels-Leusden, welcher Gummihandschuhe und darüber Zwirnhandschuhe benutzt. Ihm erwidert Kümmell in der Diskussion auf dem Chirurgenkongreß 1925, daß er seit 40 Jahren der Alkohol-Sublimat-Desinfektion treu geblieben sei unter neuerlicher Ergänzung durch Gummihandschuhe. Lidsky unterscheidet die modernen Händedesinfektionsmethoden in desinfizierende

und gerbende; bei ersteren sollen Bürsten verwendet werden, bei letzteren nicht; erstere empfehlen sich für kurz dauernde, letztere für längerdauernde Operationen; von ersteren lehnt er die Sublimatbehandlung ab, da diese bei kurzer Verwendung keine baktericide Wirkung ausübe und bei längerer Anwendung die Haut zu sehr schädige; von letzteren empfiehlt er am meisten die Herffsche oder für längere Operationen die Ahlfeldsche Methode. Im allgemeinen wird anerkannt, daß dem Alkohol, und zwar am besten dem 70proz., eine hohe Bedeutung für die Händedesinfektion zukommt. Der Zusatz von gewissen Mitteln, welche die gerbende Wirkung des Alkohols erhöhen (Aceton, Tannin, Jodtinktur usw.), wird von zahlreichen Chirurgen empfohlen, ist aber wohl nicht allgemein gebräuchlich; besonders ratsam erscheint ein solcher Zusatz zur Schnelldesinfektion, wie sie in der Kriegs- und in der Landpraxis in Betracht kommt, für welch letztere neuerdings Issachanoff $^1/_4$—$^1/_2$proz. Jod-Glyzerin-Spiritus-Lösung empfiehlt. Von dem weniger zuverlässigen Festalkohol ist jetzt kaum mehr die Rede. Dagegen wird auch neuerdings wieder der Propylalkohol gerühmt; so lobt Grant den 30—50proz. Isopropylalkohol. Im Vordergrund des Interesses stand in den letzten Jahren die Frage der Vergällungsmittel des Äthylalkohols. Nachdem schon im Vorjahre von verschiedenen Seiten auf die Unverträglichkeit vergällten Alkohols hingewiesen worden war, ist auch in den vergangenen 2 Jahren die Frage wiederum erörtert und nunmehr zu einem gewissen Abschluß gebracht worden. Die in Deutschland bisher zugelassenen Vergällungsmittel können alle als nicht ganz unbedenklich bezeichnet werden. Perthes berichtet über das Ergebnis einer Rundfrage der Schriftleitung des „Zentralblatts für Chirurgie" über die Vergällungsmittel des Alkohols, auf welche 10 Kliniken geantwortet haben: Über Phthalsäurediäthylester (1 l auf 100 l Alkohol) gehen die Auffassungen auseinander, indem einige Autoren sehr störende Reizerscheinungen beobachteten, andere aber nicht. Bei Brennspiritus ist sorgfältige Hautpflege nötig zur Vermeidung von Ekzem. Keinerlei Störung ergab die Verwendung von gesättigtem Lösungsbenzol Nr. 2 (2 l) und von Toluol (2 l). Aceton (1 kg) ist in der Schweiz allgemein in Gebrauch. Chloroform (0,3 kg) dürfte am meisten empfohlen werden können, und zwar auch mit Rücksicht auf die Billigkeit. Neuerdings bezeichnet Perthes die Verwendung des Holzgeistes als vorläufig unbedenklich. Das Aceton ist, wie Perthes auf dem Chirurgenkongreß 1925 erwähnt und Henschen bestätigt, in der Schweiz als Vergällungsmittel bewährt gefunden, wird aber vom Deutschen Reichsmonopolamt abgelehnt. Über Vergällungsmittel an außerdeutschen Kliniken berichtet Haas, daß gute Erfahrungen vorliegen mit Chloroform, Formalin, Thymol und Pyridinbasen, während andere Autoren nur Sublimat gebrauchen und alle Vergällungsmittel ablehnen, und daß der Methylalkohol (7.5 l) für die Händedesinfektion brauchbar sei, dagegen nicht zur Bereitung von Jodtinktur und zur Catgutsterilisation. Die Frage des unschädlichen Alkoholvergällungsmittels kann unter diesen Umständen noch nicht als gelöst gelten. Der unvergällte Spiritus aber ist bei den heutigen Steuerverhältnissen für Desinfektionszwecke viel zu teuer (ca. M. 5.— pro Liter gegenüber ca. M. 30.— vergällten Alkohols). Wünschenswert wäre also die billige Abgabe des unvergällten Alkohols für Krankenanstalten, was aber das Reichsmonopolamt als unmöglich ablehnt.

Was die weitere Bearbeitung der Hände nach der Alkoholwaschung mit einem Antisepticum angeht, welche die oberflächlichen Keime und die im Verlauf der Operation aus der Tiefe vordringenden Keime unschädlich machen soll, so wird von manchen Autoren Wert darauf gelegt, namentlich bei länger dauernden Operationen; andere verzichten darauf; jedenfalls tut man bei Hautschädigung besser, von der antiseptischen Behandlung Abstand zu nehmen, da der Schaden größer wäre wie der Nutzen. Die Desinfektionswirkung der Schwermetallsalze speziell des Sublimats ist nach den Studien von Krahé aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Köln nicht parallel dem absoluten Gehalt an Metall, sondern der Metallionenkonzentration; von

allen Quecksilbersalzen ist das Sublimat allein lipoidlöslich; der Zusatz von Kochsalz zu Quecksilberlösung, wie er bei den Sublimatpastillen gebräuchlich ist, wirkt vermindernd nicht nur auf die Quecksilberionenkonzentration, sondern auch auf die Lipoidlöslichkeit. Joachimoglu aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Berlin empfiehlt für Sublimat statt des gebräuchlichen Kochsalzzusatzes den Zusatz von Natriumbisulfat, wodurch einmal die antiseptische Wirkung auf mehr als das Doppelte erhöht und dann die Wasserstoffionenkonzentration gesteigert, auch die Bildung von Quecksilberalbuminaten gehemmt wird (Disublatpastillen Kahlbaum). An Stelle von Sublimat treten heutzutage meist Sublamin, Hydrargyrum oxycyanatum, Lysol, Lysoform usw. Ferner wird als gut wirksam, dabei billig und reizlos schon seit mehreren Jahren Grotan und Sagrotan empfohlen, und zwar auch als Ersatz des Alkohols; das 2proz. Sagrotan empfehlen Rauch, Rost, Bonne und Fecht. Die Dakinsche Lösung erscheint weniger ratsam, zumal sie nicht immer vertragen wird. So hält Frommolt aus der Leipziger Universitäts-Frauenklinik auf Grund eingehender Untersuchungen das Chloramin-Heyden nicht geeignet für die Händedesinfektion, speziell auch nicht brauchbar als Ersatz von Sublimat oder Alkohol für die Hebammen, da bei stärkerer Konzentration und bei täglicher Anwendung die Hände angegriffen werden. Demgegenüber finden sich mehrere zustimmende Äußerungen; so verwendet Dobbertin die $^1/_2$proz. wäßrige Chloraminlösung oder besser das Pantosept nach Bearbeitung der Hände mit fließendem Wasser, Seife und Bürste. Ebenso äußert sich Berger zustimmend. Bergin aus dem Hygienischen Institut der Universität Halle fand bei seinen Untersuchungen die $^1/_4$—$^1/_2$proz. Chloraminlösung genügend; sie ist dunkel aufbewahrt sehr gut haltbar, auch in Pulver- und Tablettenform käuflich; der der Hand für längere Zeit anhaftende Chlorgeruch läßt sich beseitigen durch Waschen mit Natriumthiosulfat. Schnitzer und Rosenberg fanden Pantosept ebenfalls brauchbar, lassen allerdings die Frage offen, ob es auf die Dauer von den Händen vertragen wird. Die 3proz. Formalinlösung mit 5% Glyzerinzusatz wird auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen empfohlen von Babskij bzw. von Pokotilo und Babskij. Korabelnikoff lehnt die von Dittrich und Herrmann empfohlene Jod-Sodalösung (vgl. früheres Referat) ab und empfiehlt dafür die 5proz. wäßrige Tanninlösung, welche 5—6 Min. mit Gazetupfer eingerieben und evtl. nach $^3/_4$—1 Stunde für 1—2 Min. wiederholt werden muß, nachdem die Hände zuvor mit Heißwasser, Seife und Bürste gereinigt sind. Ebenso verwendet Pokotilo bzw. Bakkal schon seit 1910 die alkoholische und seit 1920 die billigere wäßrige 5proz. Tanninlösung, und zwar ebenfalls nach vorheriger Waschung der Hände mit Heißwasser, Seife und Bürste und Abtrocknen mit sterilem Tuch; die Hände leiden dabei nicht, wenn sie nach der Operation mit Bürste und Seife sorgfältig gereinigt werden, und die Beschmutzung der Wäsche und der Hände bei Berührung mit schlecht vernickelten Instrumenten läßt sich durch Oxalsäure leicht beseitigen. Daniljak ist auf Grund bakteriologischer Untersuchungen und Ligin auf Grund praktischer Erfahrungen mit der 5proz. alkoholischen und wäßrigen Tanninlösung zufrieden. Auch in der Diskussion auf dem russischen Chirurgenkongreß 1925 wird im allgemeinen zustimmend geurteilt, und der Vorsitzende Dalpern faßt zusammen, daß die Ergebnisse mit Tanninlösung ermunternd seien. Die wäßrige Tanninlösung wird allerdings von anderen Autoren nicht als genügend erachtet. So fanden Nisniewitsch und Schiperowitsch die wäßrige Tanninlösung der alkoholischen unterlegen, und Reinmöller in den Fortschritten der Zahnheilkunde lehnt die wäßrige Tanninlösung ab als unwirksam und läßt nur die alkoholische zu neben 2proz. Sagrotan, 1proz. Septamid, $^1/_2$proz. Chloramin, 3proz. Formalinlösung mit Glycerinzusatz.

Gummihandschuhe werden jetzt wohl wieder überall benutzt, und zwar sowohl bei septischen Eingriffen, Verbänden und Untersuchungen wie bei aseptischen Operationen; es sollte, wenn irgend möglich, von ihnen regelmäßig Gebrauch gemacht, keinesfalls aus falscher Sparsamkeit davon Abstand genommen werden. Freilich darf durch

die Gummihandschuhe das aseptische Gewissen des Arztes nicht eingeschläfert werden; immer wieder ist zu betonen, daß zuvor eine gründliche Händedesinfektion stattfinden muß mit Rücksicht auf die Möglichkeit der Handschuhbeschädigung während der Operation. Diese Gefahr ist bekanntlich besonders groß bei Knochenoperationen; hier ist es daher angezeigt, über die Gummihandschuhe Zwirnhandschuhe zu ziehen, ebenso wie bei Bauchoperationen zum Halten der schlüpfrigen Eingeweide, während die Zwirnhandschuhe allein wohl kaum mehr benutzt werden. Auch ist darauf zu achten, daß man die Gummihandschuhe sofort wechselt, wenn man ihre Beschädigung merkt, und sie desinfiziert, wenn sie infiziert wurden. Die Gummihandschuhe werden wohl meist im strömenden gespannten Dampf desinfiziert, was zwar einen erhöhten Handschuhverbrauch bedingt, aber die größte Sicherheit bietet. Auf den Krankenabteilungen gebrauchte Gummihandschuhe kann man auch in einer Schüssel mit Talk aufbewahren und sie vor, jedenfalls aber nach dem Gebrauch durch' Abreiben mit Wasser, Seife und Bürste und dann mit Sublimat reinigen. Theobald und Bigger empfehlen im „Lancet" auf Grund von bakteriologischen Untersuchungen folgende einfache Methode der Vorbereitung der Hände, vorausgesetzt, daß diese vor Berührung mit infiziertem Material geschützt waren: Jeder Arzt und Student sowie jede Hebamme trägt in einer geeigneten Tasche ein Paar Gummihandschuhe bei sich; die im gewöhnlichen Sinne sauberen Hände werden nicht gewaschen, sondern nur $^1/_2$ Min. in $^1/_2$proz. Quecksilberbijodillösung und ebensolange in Spiritus mit sterilem Tupfer abgerieben, dann trocknen gelassen oder mit sterilem Handtuch abgetrocknet, darüber die weder gekochten noch sonst sterilisierten Gummihandschuhe gezogen und dann 1 Min. mit Wasser und Seife gewaschen, in Wasser abgespült und mit 1prom. Quecksilberbijodillösung abgerieben; sind die Handschuhe beschmutzt, so werden sie an der Hand sauber gebürstet und in gleicher Weise neu bearbeitet. Am Ende aus dem Hygienischen Institut der Universität Leipzig empfiehlt eine chemische Sterilisation der Gummihandschuhe mit Natriumhypochlorit 0,382proz. für $^1/_4$—1 Stunde, Schultz das Kochen der Gummihandschuhe in einer starken Kochsalzlösung (ca. $^1/_2$ Pfund Küchensalz auf 2 l Wasser) für 20 Min., wodurch der Gummi nicht wie in Wasser oder Sodalösung geschädigt wird.

Nur ausnahmsweise wird man heutzutage zu Ersatzmitteln der Gummihandschuhe greifen, welche nach Ansicht der meisten Autoren nicht die gleiche Sicherheit bieten. Unter diesen Ersatzmitteln nimmt der Chorosoter eine besondere Stellung ein, da ihm von manchen ein gleicher Wert zugebilligt wird wie dem Gummihandschuh; neuerdings empfiehlt auf Grund weiterer bakteriologischer Prüfungen Vogeler ihn wiederum, und zwar statt des früher verwendeten Sprays in Form einer Einreibung von 1 Eßlöffel auf die Hände, welche zwecks Verträglichkeit absolut trocken sein sollen.

Als ein Kuriosum erwähnen wir zum Schlusse die Mitteilung von Hans über Spezialisierung der Finger des Chirurgen; bei dem heutigen Stande der Händedesinfektion speziell unter dem Schutze der Gummihandschuhe erscheint eine derartige Spezialisierung der Finger wohl überflüssig.

Hans empfiehlt mit Rücksicht auf die Tatsache, daß eine absolute Desinfektion der Arzthände unmöglich ist, folgende Spezialisierung der Finger des Chirurgen: Der rechte Kleinfinger dient als septischer Nothelfer, indem er bei allen septischen Fällen zum Fühlen benutzt wird. Rechten Mittel- und Zeigefinger braucht man zur gynäkologischen Untersuchung. Im übrigen werden die Hände möglichst bewahrt vor Berührung mit infektiösem Material oder durch Gummifinger geschützt sowie mit Carbol- oder Salicylglycerin gepflegt. Während der Operation werden Zwirnhandschuhe getragen unter öfterem Wechsel und unter erneuter Desinfektion. Zum Fühlen bei aseptischen Operationen dient die freie Kuppe des linken Zeigefingers bei sonstiger Zwirnhandschuhumhüllung der Hände, wobei in die Handschuhkuppe ein kleiner umsäumter Aus-

schnitt angelegt wird. Der Mittelfinger der linken Hand wird verwendet zum Fadenknoten.

2. Operationsfeld.

Die Hautdesinfektion des Operationsfeldes wird heute wohl meist derart vorgenommen, daß nach mechanischer Reinigung abends zuvor und unmittelbar vor der Operation die Haut mehrmals mit Äther bzw. Benzin, Alkohol und Jodtinktur betupft wird. Wegen der Gefahr der Hautreizung verwenden die meisten Autoren statt der 10proz. die 5proz. oder gar nur die 3proz. Jodtinktur (Goff) und halten darauf, daß die Haut vorher gut trocken ist. Zu letzterem Zwecke empfiehlt Salkindsohn die Föhnheißluftdusche, namentlich an feuchten Körperstellen: Achselhöhlen, After, Gegend unter der Brust fetter Frauen usw. Jonnson, welcher auf den sehr wechselnden Bakterienreichtum der Haut hinweist, betont die Wichtigkeit des Rasierens. Uglow fand Benzin, Petroleumäther, Schwefeläther, Chlorkohlenstoff, Benzol, Toluol und Xylol von nicht hoher bactericider Kraft; ihre Wirkung ist offenbar keine chemische, sondern eine mechanische (fettauflösende), wobei Benzol, Toluol und Xylol schwach wirken, Chloroform stärker und am stärksten Schwefeläther, so daß letzterer den Vorzug verdient. Porter verwendet dagegen statt des teueren Äthers das billigere Petroleum. Statt der genannten Grossichschen Methode, deren Wert erneut betont wird von Daniljak auf Grund bakteriologischer Untersuchungen und von Goff auf Grund praktischer Erfahrungen an 3000 Laparotomien, benutzen manche Autoren andere Verfahren in Hinblick auf die Nachteile der Jodtinktur (gelegentliche Hautreizung und die von manchen allerdings bestrittene Gefahr der Bauchadhäsionen). Issachanoff empfiehlt für die Landpraxis die 1proz. alkoholische Jodlösung. Der besonders im Ausland (Amerika) schon seit Jahren gebräuchliche 5proz. Pikrinsäurealkohol, welcher allerdings den Nachteil der Feuergefährlichkeit und der Hautfärbung hat, wird auch neuerdings wieder gelobt von Türschmid; demgegenüber bemerkt Rosenburg in einer Erwiderung, daß die Amerikaner vom Pikrinsäurealkohol zum Propylalkohol übergegangen sind, und auch Foged berichtet, daß bei sonst guter Wirksamkeit der Pikrinsäurealkohol öfters lokale und einmal universelle Dermatitis hervorgerufen habe. Über den vor drei Jahren von ihm empfohlenen Providoformspiritus berichtet auf Grund weiterer Erfahrungen Propping. Vielfach gebräuchlich sind wohl auch die im vorigen Referat gewürdigten 5proz. Thymolspiritus (Pels-Leusden) und 7,5proz. Tanninspiritus (Kirschner). Bakkal hält auch die wäßrige 5proz. Tanninlösung brauchbar zur Desinfektion des Operationsfeldes ebenso wie der Hände. Krechel lobt das Verchon als reizlos, geruchlos und ungiftig. Tinker und Sutton fanden bei ausgedehnten Untersuchungen über Hautantiseptica am wirksamsten 5proz. Acriflavin. Vom Junijot ist es wieder still geworden.

Für das zahnärztliche Operationsfeld kommen nach Reinmöller in Frage 5proz. Thymolalkohol und 5proz. Jodtinktur.

Gottstein macht darauf aufmerksam, daß aus den zur Hautdesinfektion verwendeten Tupfern, falls sie nicht mit Wunden in Berührung gekommen sind, durch das einfache Verfahren der Wasserdampfsterilisation Jod und Tupfer wiedergewonnen werden können — ein Verfahren, welches sich für große Institute lohnen dürfte.

3. Instrumente.

Die Instrumente werden wohl meist in 1—3proz. Sodalösung 10—15 Min. lang ausgekocht. Dabei soll nur chemisch reine Soda benutzt werden. Trotzdem wird das Rosten nicht ganz verhütet, weshalb von manchen Autoren das Kochen in Soda-Boraxlösung oder im Ölbad vorgeschlagen wurde (vgl. frühere Referate). Von einigen Autoren wird die Formalindesinfektion empfohlen, und zwar am besten in einem Vakuumofen; Albeck benutzt einen Apparat zur Desinfektion von Instrumenten und Gummisachen,

welcher durch angewärmte Formalindämpfe auch ohne Vakuum genügend wirkt, und auch Mendl verwendet die Sterilisation in Formalindämpfen bei 55°. Zur sterilen Aufbewahrung der Ureterenkatheter beschreibt Rosenburg eine Vorrichtung, in welcher die Katheter gestreckt sowie ohne direkte Berührung mit Calciumchlorat und Formalin aufbewahrt werden können (Firma Agema, Berlin). Berger empfiehlt Chloramin-Heyden $^1/_2$proz., Konrich Desinfex, Issachanoff $^1/_4$—$^1/_2$proz. Jodalkohol. Besondere Beachtung fand in den letzten Jahren die Sterilisation der scharfen Instrumente, wobei gefordert werden muß, daß die Instrumente in ihrer Schärfe nicht leiden, aber doch sicher sterilisiert werden. Das alleinige Einlegen der infizierten Instrumente nach dem Gebrauch in Alkohol genügt keineswegs, wie schon in den früheren Referaten betont wurde. Brüning im Anschluß an eine amerikanische Mitteilung von 2 Todesfällen an Gasinfektion von der Operationswunde aus infolge Benutzung mangelhaft desinfizierter Messer und Scheren weist hin auf die geringe keimtötende Wirkung des Alkohols und fordert das Auskochen der Messer nach dem Gebrauch, worauf sie nach dem Abziehen oder Schleifen für mindestens 1 Stunde in ein Desinfiziens (Sublamin, Carbol, Lysol oder Sagrotan) eingelegt werden. Kirschner betont gegenüber Brüning, daß die Schärfe der Messer auch nicht leide, wenn sie auf Messerbänkchen 5 Min. in Wasser ausgekocht werden, welches nicht übermäßig reich sein darf an Kalk, Eisen oder Soda, also am besten in destilliertem Wasser; die bloße Alkoholdesinfektion lehnt auch er als unsicher ab. Auch Lämmle fordert das Auskochen der Messer und verwirft sowohl die chemische wie die Heißluftsterilisation, zumal bei letzterer die ständige Erhaltung einer Temperatur von 180° für 2 Stunden nur sehr schwer überwacht werden könne. Lahay und Mason empfehlen die Sterilisation der scharfen Instrumente in Öl für 10 Min. mit einem besonderen Apparat, da bei Heißwassersterilisation die Schärfe der Instrumente leidet und bei Alkoholdesinfektion verhängnisvolle Infektionen beobachtet sind. Aus alledem ergibt sich, daß die scharfen Instrumente jedenfalls nach dem Gebrauch, also vor dem Schleifen, regelrecht ausgekocht werden müssen.

4. Naht- und Unterbindungsmaterial.

Im Vordergrund des Interesses steht auch jetzt noch die noch immer ungelöste Frage nach einem idealen resorbierbaren Material. Im Zusammenhang damit nimmt das Catgut den größten Raum unserer Besprechung ein. Die beiden Grundforderungen absolute Sterilität und gute Zugfestigkeit sind noch immer nicht für das Catgut erfüllt. Die sterile Gewinnung des Catguts bleibt natürlich bei der Herkunft des Materials ein frommer Wunsch, und insbesondere besteht die Möglichkeit der Infektion speziell mit Tetanus (Sporen!); immerhin bleibt die Forderung zu Recht bestehen nach möglichst steriler Gewinnung und Verarbeitung, welche heutzutage wohl von den in Betracht kommenden Fabriken mit Recht beachtet wird. Strittig dagegen ist die Desinfektion des Catguts vor dem Gebrauch. Die physikalische Desinfektion wäre mit Rücksicht auf die möglicherweise im Catgut verbliebenen Bakterien und vor allem deren Dauerformen wünschenswert, ist aber mit der Zugfestigkeit nicht zu vereinigen. Es bleibt also nur die chemische Desinfektion. Von den verschiedenen Verfahren der Selbstdesinfektion ist das nach Claudius (Jodcatgut) wohl am gebräuchlichsten. Zu der von Pust 1923 mitgeteilten Sterilisationsmethode bei 160° bemerkt Fürle, daß es sich hier um eine Neuentdeckung gänzlich veralteter und wissenschaftlich überholter Methoden handele; ein physikalisch, z. B. durch Heißluft, sterilisiertes Catgut sei nicht zugfest; er empfiehlt daher die bewährten alten Verfahren der Catgutsterilisation mit Schlußdesinfektion unter Aufsicht des verantwortlichen Operateurs, nämlich die Verfahren nach Krönig, v. Hofmeister und vor allem Claudius. Mazza und Balado finden das argentinische Catgut dem europäischen überlegen, weil die Därme von 4 bis 8 Monate alten Schafen schon 4 Stunden nach dem Schlachten verarbeitet werden, dagegen die Därme von älteren Tieren weniger widerstandsfähig sind und, wenn sie

erst nach längerer Zeit verarbeitet werden, in der Darmwand schädliche Veränderungen auftreten. Issachanoff legt das Catgut in eine Lösung von Eucalyptusöl, Alkohol und Glycerin und vor dem Gebrauch 5 Min. in 1proz. Jodalkohol, während die Seidenfäden 10 Min. vor der Operation in 1proz. Jodalkohol und hinterher 5 Min. in $^1/_4$proz. Jod-Glycerin-Alkohol gebracht werden. Gusselnikowa empfiehlt auf Grund bakteriologischer Prüfung die Catgutsterilisation mit Joddämpfen nach Ssitkowskij: Das rohe Catgut wird einige Minuten lang in 1proz. Jodkalilösung getränkt, dann mit einem sterilen Tuch abgetrocknet und in einem Glasgefäß aufgehängt, auf dessen Boden krystallinisches Jod aufgestreut ist; wenn das Catgut durch die Joddämpfe dunkelbraun bis schwarz gefärbt ist, wird es herausgezogen und in sterilem Mull und Watte aufbewahrt. Géry legt die Fäden in eine Lösung von 1 g Jod, 60 g Äther und 40 g 90proz. Äther für 24—36 Stunden und bewahrt sie dann in reinem Äther auf; da aber die Verunreinigung mit dem Darminhalt bei der Gewinnung aus Hammeldarm nicht zu vermeiden ist und die bakteriologische Nachprüfung unzureichend erscheint, da Keime bzw. Sporen aus dem Inneren des Fadens erst nach vielen Tagen frei werden, so empfiehlt er als Ersatzmaterial für Catgut Känguruh- und Renntiersehnen, sowie Fäden aus Aalhaut. List beschreibt die Herstellung des Catguts nach Goris. Krüger verwendet statt der versenkten Bauchdeckennähte, welche den Ausgang von Nahteiterung bilden können, folgende besondere Nahttechnik: Das Peritoneum wird mit einem doppelten Faden fortlaufend genäht, dann dessen beide Enden auf der Haut über Tupfern geknotet und nach 3—4 Tagen herausgezogen; Fascie und Haut werden folgendermaßen gefaßt: Einstich durch Haut und rechte Aponeurose, Ausstich durch linke Aponeurose, Einstich rechte Aponeurose, Ausstich zwischen den Aponeurosenrändern hindurch zum linken Hautwundrand; diese Nähte bleiben 10 bis 12 Tage liegen. v. Brunn kann für die Bauchfellnaht ein Bedürfnis zur Verwendung unresorbierbaren Nahtmateriales nicht anerkennen, schließt sich aber für die Fascien- und Hautnaht der Auffassung von Krüger an und empfiehlt eine Naht in Form einer 8, und zwar so, daß der untere Teil der 8 die Fascie vereinigt, während der obere die Haut aneinanderbringt. Goff verwandte bei 3000 Laparotomien mit Erfolg folgende Naht: Entweder wurden alle Schichten mit Catgut genäht, zwischen welchen einige Seidennähte angelegt wurden, oder besser wurde Peritoneum, Fascia transversalis und hintere Rektusscheide durch fortlaufende Catgutnaht vereinigt, dagegen die vordere Rektusscheide durch fortlaufende Matratzennaht aus Seide, deren Enden, durch die Haut geführt, außen liegen, weiter fortlaufende Matratzennaht aus Seide der Fascia superfic., deren Enden in den beiden Wundwinkeln nach außen geführt werden, und schließlich subcuticular geführte fortlaufende Matratzennaht der Haut aus Seide, deren Enden auch durch die Haut nach außen geführt werden; die Enden der ersten und dritten Naht werden an den beiden Wundwinkeln miteinander verknüpft, die zweite Naht wird nicht geknüpft; am 10. Tage wird der untere Knoten geöffnet, am 12. der obere. Craig erinnert an eine schon 1914 von ihm angegebene doppelläufige Naht zum Verschluß von Bauchwunden, welche Catgut entbehrlich macht und das Liegenlassen von festem Nahtmaterial gestattet: Mittels zweier Nadeln werden beide Fadenenden nach fortlaufender Naht seitlich von der Wunde durch die Bauchdecken nach außen geführt und die Fadenenden auf der Haut verknotet; die Bauchfellnähte werden auf der einen Wundseite, die Muskelfasciennähte auf der anderen Wundseite geknüpft. Für die Magendarmnaht empfiehlt v. Hofmeister, da das Catgut als resorbierbares Material zu bevorzugen ist, aber manchmal zu früh resorbiert wird, die Zwirnsicherung der Catgutschlinge: Serosa-Serosanaht, evtl. fortlaufend mit Catgut und Sicherung der Catgutschlingen dadurch, daß die Köpfe mit einer feinen Zwirnligatur umschnürt werden, welche sich nach innen abstößt; diese Zwirnsicherung ist auch brauchbar für andere fortlaufende Catgutnähte und für dicke Catgutligaturen, z. B. bei Nierenstielabbindung, wo die Fäden lang gelassen und später mühelos entfernt werden können. Mc Intyre benutzt eine Kombination von Catgut und Seide, wobei die Hauptmasse aus 20 Tage lang gehärtetem Catgut

besteht und auf der Oberfläche zwei oder mehrere Stränge feiner Seide eingearbeitet sind, welche nach Resorption des Catgut noch einen Halt geben sollen.

Mit Rücksicht auf die oben genannten Nachteile des Catguts, vor allem die Gefahr von Tetanus, welcher immer wieder vereinzelt beschrieben ist (vgl. frühere Referate), wird von vielen Autoren an Stelle von Catgut, dort, wo aseptische Verhältnisse vorliegen und nicht eine absolute Indikation zur Catgutverwendung besteht, Seide oder ein anderes Material verwandt. Chandler benutzt seit 2 Jahren zur Hautnaht die aus Seide geflochtenen Angelschnüre, welche billig sind und immer wieder gekocht werden können, ohne ihre Festigkeit einzubüßen. Liot beschreibt die Herstellung und Sterilisation des Silkwormgut. Renntiersehnen, welche auch Cazin 1920 empfahl, benutzt Géry als Ersatz des Catguts ebenso wie Känguruhsehnen und Aalhautfäden. Devera hält die pflanzlichen Nahtmaterialien den tierischen überlegen; er empfiehlt den Leinen- und vor allem den Nessel-(Ramie-) Zwirn. Den aus reiner Zellulose bestehenden Siriusfaden fand Dürck in Kaninchen- und Meerschweinchenversuchen reaktionslos einheilen; Gleiches bemerkte auf Grund 2jähriger klinischer Erfahrungen Roith, welcher ihn aber heute nicht mehr zur Naht verwendet, wohl aber zur Drainage in Form des Siriusschlauchs mit Gazefüllung, sowie zur Herstellung mit Epithel ausgekleideter Gänge, z. B. zur Anlegung einer Magenfistel oder eines widernatürlichen Afters sowie zur antethorakalen Oesophagoplastik.

Über die Sterilisierung des Nahtmaterials sowie über ihre Kontrolle in Fabrik- und Operationsräumen verbreitet sich van den Berg.

Daß allen Naht- und Unterbindungsmaterialien während des Gebrauchs die größte Infektionsgefahr von den Chirurgenhänden droht und daß daher eine sorgfältige, evtl. wiederholte Händedesinfektion mit Gebrauch von Gummihandschuhen zu fordern ist, wird allgemein betont. Vgl. weiter unten die Bemerkungen über Operationsbetrieb; dort wird auch über das Sparen von Naht- und Unterbindungsmaterial, spez. von Catgut, noch Einiges zu sagen sein.

5. Verbandstoffe.

Die Sterilisation von Tupfern, Verbandstoff und Wäsche erfolgt heutzutage in einwandfreier Form durch den strömenden gespannten Dampf im Autoclav, wobei die Einhaltung einer genügenden Temperatur bzw. eines genügenden Drucks zu beachten und nötigenfalls durch Testobjekte zu kontrollieren ist. Da die genaue Kontrolle der drei Hauptforderungen bei der Verbandstoffsterilisation: Temperatur, Feuchtigkeitsgrad und Dauer bei den bisherigen Methoden nicht genug gewährleistet sei, hat Leseurre ein Thermometer angegeben, welches die wirklich vorhandene Temperatur in der Mitte eines geschlossenen Gefäßes auf Distanz abzulesen gestattet. Für den praktischen Arzt empfiehlt sich der im Felde bewährte Apparat zur gleichzeitigen Sterilisation von Instrumenten und Verbandstoffen, welcher in den früheren Referaten beschrieben wurde. Für die Landpraxis verwendet Issachanoff zur Sterilisation der Verbandstoffe (ebenso wie der Hände und des Operationsfeldes) $^1/_2$—1proz. Jodalkohol und Hass absoluten Alkohol; doch muß gesagt werden, daß ein solches Verfahren keine absolute Sicherheit bietet, jedenfalls die Wäsche vorher ausgekocht sein muß (vgl. das über die Sterilisation der Messer oben Gesagte!).

6. Operationsbetrieb.

Nachdem schon im vorigen Referat eine Mitteilung von Schönbauer und Dehmel aus der Wiener Universitätsklinik über den Keimgehalt aseptischer Operationswunden und eine Mitteilung von Sarkowitsch aus der Oppelschen Klinik in Petersburg über Infektion aseptischer Operationswunden genannt war (Prozentsatz der infizierten Operationswunden 3,7), sind aus den letzten 2 Jahren mehrere Mitteilungen zu erwähnen, deren Ergebnisse für die Praxis sehr lehrreich erscheinen. So berichtet Teichert aus der

Königsberger Universitätsklinik, daß der Prozentsatz der infizierten Operationswunden in den letzten 2 Jahren 2,23% betrug und daß für die Infektion u. a. Operateur und Operationsdauer bedeutungsvoll sein dürften, ferner Laemmle, daß der Prozentsatz der infizierten Wunden 5,9 und später 2,7 betrug und daß die meisten Infektionen vorkamen bei Hernien sowie bei jüngeren Ärzten, längerer Operationsdauer und stärkerer Inanspruchnahme der Gewebe, schließlich Lidsky, daß der Prozentsatz der infizierten Hernien 8,4, der infizierten Appendektomien 1,8 und der infizierten Albeeschen Operationen 12,5 betrug, und daß der besonderen Unreinheit der Schamgegend eine Rolle zuzumessen, daher der Hernienschnitt besser außerhalb der behaarten Haut zu legen sei. Bei seinen ausgedehnten bakteriologischen Untersuchungen in der Chirurgischen Klinik Lund fand Jornsson sowohl die Luft- wie besonders die Hautstaphylokokken sehr pathogen; der Bakteriengehalt der Luft erwies sich als beträchtlich, dürfte aber kaum durch weitere Reinigungsmaßnahmen zu vermindern sein; dagegen kann der sehr wechselnde Bakterienreichtum der Haut durch entsprechende Reinigungsmaßnahmen stark herabgesetzt werden, wobei das Rasieren von besonderer Bedeutung erscheint. Collins und Ritz kommen auf Grund ihrer Untersuchungen zu dem Schluß, daß die Hauptquelle der postoperativen Infektionen beschädigte Gummihandschuhe sind, daher eine gründliche Händedesinfektion zuvor und gegebenenfalls sofortiger Wechsel zerrissener oder zerstochener Handschuhe zu fordern sei. Freeman empfiehlt zur Verhütung von Wundinfektion den Verschluß toter Räume durch äußerlich unter den Verband angelegte Badeschwämme, z. B. bei Mammaamputation durch einen Schwamm unter dem Schlüsselbein und bei Kropfoperationen durch einen Schwamm an jeder Halsseite. Typkin kommt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen an Hautnähten zu dem Schluß, daß die größte Infektionsgefahr der Nähte von den Chirurgenhänden droht, welche 30—40 Min. nach Operationsbeginn nicht mehr steril seien; er rät, die Hautnähte bereits nach 5 Tagen zu entfernen. Bazy glaubt eine bessere Heilung bei aseptischen Operationen dadurch erzielen zu können, daß er vorher intracutan einen sensibilisierten Impfstoff aus Staphylo-, Strepto-, Enterokokken und Colibacillen, bei gewissen Operationen auch einen aus Harn oder Eiter der Fisteln hergestellten einspritzt.

Zum Schluß mögen noch einige Arbeiten angefügt werden, welche sich mit Sparen im Operationsbetrieb. spez. im Catgutverbrauch, beschäftigen. Ein solches Sparverfahren zum minimalen Catgutverbrauch beschrieb Blumberg auf dem Chirurgenkongreß 1925 folgendermaßen: Das freie Ende des Catgutfadens wird mittels einer Zange, in welche ein Plombenstreifen von 20 Unterbindungen eingeführt wird, an einer kleinen Metallplombe befestigt, zwischen Zeigefinger und Daumenspitze wird das mit der Plombe versehene Fadenende etwa in einer Länge von 1 cm geführt; ist der Faden geknüpft, so wird er und die Plombe abgeschnitten und der Faden zum Anlegen einer neuen Plombe zurückgegeben (Plombe und Zange sind zu beziehen von Max Kahnemann A.-G., Berlin). In der Aussprache berichten auch Kulenkampff sowie Kuhn über Catgutersparnis. Im Anschluß daran werden noch einige sonstige Sparmaßnahmen angeführt, so von Glass die Verwendung mehrzinkiger Wundklammern, von Rost die Benutzung von Sagrotan statt Alkohol, von Vogel der Gebrauch von Chirosoter statt Gummihandschuhen. Holz lehnt mit Hasselrot das Blumbergsche Plombenverfahren ab; er beschreibt dafür eine eigene Sparmethode, bei welcher nach gelegter Ligatur über der Schere oder über einem anderen Instrument ein weiterer chirurgischer Knoten gelegt wird, so daß nach Durchtrennung zwischen den beiden Knoten die beiden Enden des Ligaturfadens bereits wieder zu einem Faden geknüpft sind, welcher dann in gleicher Weise weiter verwendet werden kann; doch hat das Verfahren den Nachteil, daß u. U. mehrere Knoten in einer Ligatur zurückbleiben und daß der Knoten beim Neuschlingen des Fadens Schwierigkeiten macht.

B. Wundbehandlung.

Den größten Raum beansprucht hier die Hauptfrage: Vorläufige und endgültige Wundversorgung einschließlich physikalischer und chemischer Desinfektion der Wunde. Es folgt einiges über die Wundnaht, woran Bemerkungen über Transplantation anzuschließen sind, und über Drainage, welche zur Behandlung von Eiterungen überleitet. Den Schluß bilden sonstige Methoden der Wundbehandlung: Feuchter Verband, Dauerbad, Dauerberieselung, offene Wundbehandlung, Freiluftbehandlung, Strahlen- (Licht-, Sonne- und Röntgen-) Behandlung, Luft- bzw. Gasstrom, Elektrizität, Wärme und Hyperämie.

1. Wundversorgung.

Hinsichtlich der Wundversorgung ist im Prinzip nichts besonders Neues zu berichten, so daß wir im allgemeinen auf die früheren Referate verweisen. Kurz zusammengefaßt ist der Stand der Frage heute folgender:

Die vorläufige Wundversorgung geschieht durch sterilen Deckverband aus keimfreier Gaze mit Binden-, Pflaster- oder Mastisolbefestigung und Ruhigstellung evtl. Schienung; Mastisolanstrich, Jodtinkturpinselung und antiseptische imprägnierte Gaze verdienen dabei Beachtung, wo sie zur Hand sind, also dort, wo statt des Laien ausnahmsweise der Arzt zur Stelle ist.

Für die endgültige Wundversorgung genügt die konservative Wundbehandlung in Form der aseptischen Okklusion lediglich für gewisse infektionsunverdächtige Wunden. Sonst soll die endgültige Wundversorgung eine aktive sein, wobei sowohl die physikalische wie die chemische Desinfektion zu berücksichtigen ist. Was die erstere, nämlich die physikalische Wunddesinfektion angeht, auf welcher ganz ausgesprochnermaßen der Hauptwert ruht, so ist die Wunde in geeigneter Weise herzurichten durch Abtragung gequetschter Hautränder, Entfernung abgestorbener Gewebsteile, loser Knochensplitter, Blutgerinnsel und Fremdkörper, Öffnung aller Wundtaschen durch Incision und Gegenincision sowie Drainage. Zu dieser Wundherrichtung tritt u. U., nämlich bei frischen und geeigneten Fällen, die Wundausschneidung nach Friedrich, welche nicht nur in den ersten 6—8 Stunden, sondern oft auch noch nach 8—12 Stunden und mehr angewendet werden kann. Unter dieser Voraussetzung kann man selbst bei infektionsverdächtigen (Schuß-, Quetsch-, Riß- und anderen) Wunden mit der primären Naht, mit welcher man sonst vorsichtig und zurückhaltend sein soll, etwas freigebiger sein; dies betonen Niedermeyer, Gabaj u. a., sowie auf dem russischen Chirurgenkongreß Finnikoff, Hesse, Oppel, Girgolaff, Britneff, Schaack und von der Osten-Sacken, während Tinner und Wreden zur Vorsicht raten.

Neben der physikalischen Desinfektion, welche unter allen Umständen zu fordern ist und wie gesagt den Hauptpunkt bei der Wundbehandlung darstellt, wird von vielen Autoren mit Brunner die chemische Desinfektion zur Unterstützung herangezogen. Dabei ist aber zu bedenken, daß durch die Wundantiseptica eine Abtötung der Keime gewöhnlich nicht erreicht wird und viele Mittel nicht nur die Bakterien, sondern auch die Gewebe schädigen, wohingegen andere Mittel nicht nur bactericid, sondern auch gewebsanregend wirken; auch stößt eine genaue Wertbestimmung der chemischen Desinfektion im allgemeinen und der einzelnen Mittel im besonderen auf verschiedene Schwierigkeiten, indem der Anteil der chemischen Desinfektion gegenüber dem der physikalischen nicht scharf abzutrennen ist, ferner Reagenzglas und Tierversuch den Rückschluß auf die Wirkung am Menschen nicht ohne weiteres gestatten und schließlich auch am Menschen der Einfluß der einzelnen Mittel nur schwer erkannt werden kann. Während die genannte Oberflächendesinfektion aber immerhin mit genügender Begründung zur Wundbehandlung herangezogen werden kann, ist die Frage der Tiefenantisepsis

bisher noch nicht gelöst. Von den spezifischen Behandlungsmethoden schließlich nennen wir die Wundstarrkrampfschutzimpfung, welche heutzutage in allen verdächtigen Fällen anzuwenden, gefordert werden muß.

Ehe wir auf die Besprechung der Wundbehandlung eingehen, seien noch einige einschlägige Arbeiten über Wundheilung erwähnt: Wright sowie Burrows besprechen die Physiologie der Wundheilung. Nach Brownlee erfolgt die Wundheilung in einem Maße, welches sich zahlenmäßig in einer geometrischen Progression ausdrücken läßt; dieses Verhältnis wird durch Infektion für die ganze weitere Heilungsdauer gestört. v. Gaza veröffentlicht Studien über Vitalfärbung des Wundgewebes. Schuster glaubt auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen über die lokalen bakteriellen Entzündungsvorgänge, daß die Überwindung der Infektion in erster Linie abhänge von dem Reaktionsvermögen der Leukocyten, welches in der Chemotaxis zutage trete. Nasvytis kommt auf Grund von Kaninchen- und Hundeversuchen zu der Anschauung, daß den Wundhormonen eine gewisse Spezifität zuzusprechen sei. Nach Jura gelangen beim Kaninchen aus aseptischen subcutanen Wunden bakterielle Antigene sowohl im frischen Stadium als im Stadium junger und älterer Granulationen in den Blutkreislauf, wo sie typische Antikörper hervorrufen; diese Antikörperbildung erfolgt bei frischen Wunden und bei älteren Granulationen besser wie bei 2—5 Tage alten Wunden, bei welchen offenbar an der Oberfläche nekrotische Gewebsteilchen liegen und die Vascularisation verschlechtert ist. Derselbe Autor fand bei Meerschweinchenversuchen zum Studium der Permeabilität des Granulationsgewebes für pathogene Keime, daß die Bakterien durch die 8 und 15 Tage alten Granulationsflächen ins Unterhautzellgewebe vordringen und den Tod des Tieres an Septicämie verursachen; bei 25 Tage alten Granulationen kommt zwar auch eine Permeabilität zustande, verursacht aber nicht den Tod des Tieres. Bergell behauptet auf Grund zahlreicher eigener Untersuchungen und mannigfacher Beispiele aus dem Gebiete der infektiösen Vorgänge, daß bei Verletzungen die Hauptrolle im Kampf mit den pathogenen Mikroorganismen nicht den Granulationszellen, sondern dem Fibrin zukomme. Usuelli fand im Gegensatz zu Dogliolti, daß die Wundheilung im wesentlichen durch kollagenes Gewebe erfolgt und daß sich das präexistierende retikuläre Gewebe nicht in nennenswerter Weise beteiligt, weiterhin, daß die Bildung retikulären Gewebes nur dort stattfindet, wo bereits bestimmte Zellelemente in Bildung begriffen sind, und schließlich, daß das retikuläre Gewebe sich in kollagenes umwandelt; er nimmt an, daß retikuläres und kollagenes Gewebe keine verschiedenen biologischen Einheiten darstellen, sondern daß es sich in beiden Fällen um ein Bindegewebe handelt, dessen Fasern je nach der Stützfunktion kollagene oder retikuläre Eigenschaften annehmen können. In Übereinstimmung mit Melchior und Rahm (vgl. frühere Referate) konnte Nissniewitsch bzw. Herzen und Nissniewitsch das Vorhandensein eines elektrischen Stromes in granulierenden Wunden feststellen, welcher in der Richtung von Granulationsfläche zur Haut geht und um so stärker ist, je mehr die Granulationen entwickelt sind; neben Antiseptica sowie Bakterio- und Organo-Therapie sollten auch die die Schutzkraft des Organismus aktivierenden Mittel (Elektrizität, Sonne usw.) verwendet werden in Dosen, welche die normale elektrische Ladung in der Wunde befördern, aber nicht hemmen. Buchmann führt die günstige Wirkung verschiedenre Salzlösungen auf die Wundheilung zurück, nicht auf den osmotischen Druck, sondern auf die Eigenschaften der betreffenden Ionen, von denen er den Natrium- und Borionen des Natr. bibor. eine besondere Wirkung gegenüber dem Pyocyaneus zuspricht. Girgolaff studierte mittels der Wasserstoffionen-Konzentrationsbestimmung nach Schade die kolloidchemischen Vorgänge bei primär heilenden Hautmuskelwunden von Kaninchen und fand eine lokale Acidosis, welche erhöht wird durch das Zutreten einer klinisch nicht immer festzustellenden Infektion; anschließend meint er, daß ein Vergleich der physikalisch-chemischen und der morphologischen Verhältnisse den natürlichen und den krankhaften Verlauf der Wundheilung unserem Verständnis näherbringen dürfte.

Über die Wundheilung im allgemeinen liegen eine Reihe zusammenfassender Arbeiten vor. An erster Stelle ist hinzuweisen auf das Handbuch der Wundbehandlung von Brunner, dessen erste Auflage in den früheren Referaten gewürdigt wurde und dessen neue (zweite) Auflage im kommenden Referat zu besprechen sein wird. Ferner erwähnen wir neben den früher genannten Arbeiten von v. Gaza, Sonntag u. a. folgende neuerdings erschienene: Axhausen (Übersicht der Wundlehre in den „Fortschritten der Zahnheilkunde"), Klapp (Technik der modernen Wundbehandlung in der „Berliner Klinik"), Kleinschmidt (Übersicht über die Behandlung der akuten Wundinfektion in der „Med. Klinik") und Petrow (Behandlung von Wunden und Eiterungen in seinem Hauptvortrag auf dem Russischen Chirurgenkongreß 1924 und in seinem „Praktischen Lehrbuch für Ärzte").

Über die Wundantiseptica im allgemeinen liegen folgende zusammenfassende Berichte vor: Richter gibt eine Übersicht über die Untersuchungsergebnisse der letzten Zeit hinsichtlich der wichtigsten Wundantiseptica. Ritter und Klingenfuß möchten auf Grund ihrer Tierversuche zur biologischen Wertbestimmung der Wundantiseptika das morphologische Blutbild herangezogen haben. Über Desinfektionsmittelprüfung berichtet van Caeckenwerghe. Verrart bespricht seine antiseptische Wundbehandlung bei 6700 Unfallverletzten der letzten 2 Jahre.

Ehe wir auf die einzelnen Wundantiseptica eingehen, soll noch hingewiesen werden auf die Bedeutung gewisser sonstiger Faktoren für die Wundheilung: Breitman fordert biologische Wundbehandlung durch Hebung des Allgemeinzustandes mit Ernährungs- und hygienischen Bedingungen sowie Inruhelassen der Wunde und Hebung der lokalen Schutzkräfte durch Wärme, Feuchtigkeit usw. Auch Kotschatoff konnte in 15 Fällen von Staphylokokken- und Coliinfektion seitens der verschiedensten Wundbehandlungsmethoden (a- und antiseptische Verbände, Umschläge und Bäder, iso- und hypertonische Chlor-Natriumlösung, Vaccino- und Proteinotherapie) keinen Einfluß auf den Bakteriengehalt der Wunden feststellen; die Heilung der eiternden Wunden erscheint vielmehr einzig abhängig von den örtlichen und allgemeinen Abwehrvorrichtungen des Organismus.

Über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Wundheilung unternahmen Schönbauer und Whitaker experimentelle Untersuchungen mit dem Ergebnis, daß bei Hunden nach Schälung der Schenkelschlagader mit Staphylokokken infizierte Wunden des Oberschenkels schnellere Heilung zeigten als solche ohne vorherige Ablösung der Gefäßaußenwand und ebenso die Gewebsdefekte an der großen Magenkrümmung nach Schälung der A. gastr. sin. von ihrer Ursprungsstelle aus der A. coel. bis zur kleinen Magenkrümmung. Papilian und Fumerin konnten bei Hunden feststellen, daß die Erregung des Sympathicus durch Adrenalin den Wundvernarbungsprozeß beeinträchtigt, dagegen die Erregung des Parasympathikus durch Pilocarpin ihn begünstigt.

Unter dem Einfluß zentral bedingter Hormone (Nebennieren, Pankreas usw.) wird die Wundheilung nach Oppel gefördert. Del Torto sah bei Kaninchen gutes Haften von Hautpfropfungen, wenn sie mit heteroplastisch gewonnener Hodenpulpasuspension beträufelt waren. Bakin in Verfolgung der von Kairukstis empfohlenen Adrenalintherapie des Skorbut verwandte mit Erfolg bei 8 Kranken mit Verwundung, Verbrennung oder Erfrierung subcutane Adrenalininjektionen.

Der Ernährung dürfte auch in den chirurgischen Krankenabteilungen erhöhte Bedeutung zu schenken sein, wie nach den Mitteilungen erfahrener Chirurgen angenommen werden darf. Sauerbruch, ausgehend von der Erfahrungstatsache, daß im Bereich der Entzündung eine saure Reaktion vorhanden ist, empfiehlt Beköstigung mit Säureüberschuß; dabei fand er bakteriologisch Abnahme der Keimzahl und verminderte Widerstandsfähigkeit der Keime im Eigenblut, sowie klinisch Wundschrumpfung mit Festigung der Granulationen, während bei alkalischer Kost das Gegenteil eintrat.

Herrmannsdorfer gibt auf dem Chirurgenkongreß 1925 einen weiteren Beitrag zur Frage des Einflusses der Ernährung auf Wundinfektion und Wundheilung; er empfiehlt bestimmte Nahrungsmittel sowie Phosphorsäure. In der Aussprache erinnert Reichel an seine schon vor 30 Jahren unternommenen Untersuchungen, welche zu ähnlichem Ergebnis führten. Von Eiselsberg empfiehlt Ammoniumchlorit bei septischen Fällen. Bier und sein Schüler Israel betonen die Wichtigkeit der Ernährung spez. der Vitamine für die Wund- und Knochenbruchheilung.

Auf ihren Vitamingehalt wird die gute Wirkung der neuerdings eingeführten Desitinsalbe von manchen Autoren zurückgeführt; im nächsten Referat wird noch näher darüber zu sprechen sein, insbesondere bleibt der Streitpunkt zu erörtern, ob der Wert der Desitinsalbe im wesentlichen bloß der einer guten Zinkpaste ist oder ob der Lebertrangehalt eine entscheidende Rolle spielt; empfohlen wird die Desitinsalbe von Schnell, Welkenbach u. a. Berberich und Eliassow glauben auf Grund von Kaninchenversuchen, daß die bei Cholesterinfütterung eintretende Fettablagerung im Gewebe die Vitalität der Wundgranulationen schädigt, so daß die Wundheilung gestört wird.

Anschließend berichten wir noch über Empfehlung einiger dem Allgemeinorganismus zugeführten Medikamente auf die Wundheilung: Kazda empfiehlt bei Wunden mit schlechter Blutzufuhr spez. bei Lappen mit kleinem Stiel oder mit Spannung Digitalis 3 Tage lang. Birt verwendet bei verschmutzten Wunden mit Erfolg das Neosalvarsan. Pfannenstiel gibt seit 1910 bei infizierten Geschwüren innerlich Jodnatrium 2—3 mal täglich neben lokaler Berieselung mit durch Bor- oder Essigsäure angesäuertem Wasserstoffsuperoxyd, wobei Jod in statu nascendi zur Wirkung kommt.

Wenn wir nunmehr auf die einzelnen Wundantiseptica eingehen, so wollen wir wie bisher an erster Stelle die Jodpräparate nennen. Sie spielen ja gerade in der Wundbehandlung eine besondere Rolle, verlangen aber wegen der Gefahr von Nebenwirkungen eine gewisse Vorsicht. Von dem in manchen spez. tuberkulösen Fällen nicht ganz ersetzbaren Jodoform und von seinen wegen geringerer Nebenwirkungen erwünschten Ersatzpräparaten (Vioform, Dermatol, Xeroform usw.) ist nicht viel Neues zu berichten. Kehl verwendet das Aristol bei Brandwunden, Geschwüren usw. Salghini benutzt die Callotsche Lösung bei Ekzem, Pyodermie, Lupus usw. Thal empfiehlt die von Morison vorgeschlagene und in den früheren Referaten bereits erwähnte Wismuth-Jodoform-Paraffinpaste (sog. „Bippmethode") in etwas modifizierter Form für geschlossene Eiterungen, welche geöffnet, entleert, gespült, gefüllt und vernäht werden.

Jodtinktur und die etwas schwächer wirkende Lugolsche Lösung finden wie bisher vor allem Verwendung örtlich bei erdbeschmutzten Wunden. Eisenbach aus dem Fischbach-Krankenhaus in Quierschiedt berichtet, daß seit 1911 bei allen Gelegenheitswunden außer der Friedrichschen Anfrischung die chemische Desinfektion der Wunden mit Wasserstoffsuperoxyd und Brunnerscher Jodlösung angewandt wurde; auch bei Verletzungen, welche über 24 Stunden zurücklagen, war dabei in geeigneten Fällen die primäre Naht möglich; auch erfolgte häufig eine primäre Wundheilung bei Operationen infizierter Bauchhöhlenprozesse. Ssitkowski benutzt seit 1920 bei Gelegenheitswunden die Jodtinktur, indem er sie bei oberflächlichen Wunden 2—3 mal dick aufpinselt und bei tiefen Wunden eingießt. Intravenös wurde verdünnte Jodtinktur auch bei Sepsis erfolgreich eingeführt, nämlich von Connor in einem Falle von Beulenpest und von Bell in einem Fall von Pyämie.

Bussa-Lay empfiehlt Jod-Coleol (Verbindung von Jod mit Cholesterinöl) bei torpiden und phagedänischen Geschwüren und Fisteln, Schußwunden, Osteomyelitis usw.

Jodonascin verwendet Fischer bei Wunden lokal und Puppel bei septischen Aborten lokal und intravenös.

Neuerdings finden besonderes Interesse das Yatren und die Pregllösung, über welche bereits in den früheren Referaten berichtet wurde. Über das Yatren bringt das

dritte Heft der Behringwerkmitteilungen eine übersichtliche Zusammenstellung der gesamten Literatur spez. auch über die chirurgische; es wird unterschieden die örtliche Oberflächenbehandlung, ferner die örtliche Tiefenbehandlung und schließlich die allgemeine Reizwirkung, welch letztere namentlich durch Yatrencasein bei Staphylo- und Streptokokkenerkrankungen sowie bei chirurgischer Tuberkulose zur Anwendung komme. Was die Wundbehandlung angeht, so hat sich das Yatren namentlich in der kleinen Chirurgie als Jodoformersatz bewährt, was ebenso wie aus früheren so auch aus neueren Arbeiten hervorgeht. Braun verwendet eine $^1/_2$proz. Yatrenlösung lokal bei Gelegenheitswunden sowie bei Cystitis usw., und eine 5proz. Lösung intramuskulär oder intravenös, und zwar bei akuten Erkrankungen 5—10 und bei chronischen $^1/_2$ und mehr Kubikzentimeter, je nach der Reaktion. Teppert gebraucht das Yatren als Wundstreupulver bei schwer sich reinigenden Wunden sowie bei Furunkeln, Bubonen, Panaritien usw. und intravenös 2,5—3 ccm als Staphyloyatren. Schübel aus dem Pharmakologischen Institut der Universität Würzburg fand im Tierversuch die Giftwirkung des Yatren sehr wechselnd; auch beim Menschen werden gelegentlich Durchfälle beobachtet, doch ist hier in den therapeutischen Dosen das Mittel anscheinend unbedenklich. Keßler studierte die Ausscheidung des Yatren im Tierversuch bei verschiedener Darreichung. Anschließend sei kurz hingewiesen auf Mitteilungen über Reizwirkung durch Yatren, Yatrencasein und Staphylo- bzw. Streptoyatren. So empfiehlt Schum Staphyloyatren intravenös in Dosen von $^1/_2$, 1 und 2 ccm bei frischen und in doppelter Dosis bei chronischen Fällen von Furunculose, Schweißdrüsenentzündung, Nagelpanaritium usw.

Über die Pregllösung lauten die Berichte verschieden. Specht aus der Chirurgischen Universitätsklinik Gießen hatte einen guten Eindruck bei verschmutzten und gequetschten Wunden; über die Wirkung bei Eiterungen und bei Cystitis sowie bei Sepsis äußert er sich dagegen zurückhaltend. Ritter und Fröhlich fanden im Experiment in Gegenwart von Körpersäften fast keine bactericide Wirkung und klinisch in schweren Fällen keinen deutlichen Erfolg; sie betonen, daß diese ihre Ergebnisse in Widerspruch stehen zu denen anderer Autoren. Die neueren Präparate Presojod und Septojod werden gelobt von Mahnert, Wienecke und Schulz, und zwar namentlich zu Spülungen bei Wunden und auf Schleimhäuten sowie bei septischen Prozessen.

Im Anschluß erwähnen wir noch kurz die Pregl-Pepsinlösung, welche bekanntlich von Payr zur Narbenerweichung angegeben wurde. Pitzen aus der Münchner Orthopädischen Klinik konnte im Tierversuch bei frischen Wunden eine Wirkung feststellen, dagegen nicht bei richtigen Narben. Payr hält die Pitzenschen Versuche nicht für stichhaltig; er verwendet meist nur einige Teilstriche einer 1proz. Lösung und spritzt zur Behebung von Nachschmerz den mit $^1/_2$proz. Novocainadrenalinlösung gefüllten Rest der Spritze nach; nach seiner Ansicht fördert die Lösung den natürlichen Fermentabbau und dank der Jodeiweißverbindung auch die Wirkung auf Bakterien und ihre Giftstoffe. Hedri, ein früherer Schüler Payrs, hatte mit der Pregl-Pepsinlösung auch bei akuten Eiterungen gute Erfolge, wobei er bei abgegrenzten Prozessen den Eiter durch Punktion entleert, dann die Absceßhöhle mit 1proz. Lösung durchspült und schließlich mit 2proz. Lösung auf $^1/_4$—$^1/_2$ der abgelassenen Eitermenge auffüllt, sowie bei phlegmonösen Prozessen das entzündete Gewebe um- und unterspritzt. Auch Bézy sah bei zehn akuten Eiterungen günstige Wirkung.

Neben dem Jod wird dem Chlor für die Wundheilung eine besondere Bedeutung zugemessen, so von Andersen. Von den verschiedenen Chlorpräparaten ist an erster Stelle die Hypochloritlösung zu nennen, welche nach dem Vorgang von Carrel-Dakin zu feuchten Verbänden und Spülungen bei Wunden und Eiterungen sowie Schleimhaut-, Gelenk- und Körperhöhleninfekten benutzt wird, und sich hier, wie in den früheren Referaten bereits erwähnt wurde, als günstig, aber nicht als allheilend und auch nicht als ganz unschädlich erwiesen hat. Neuerdings wird sie wieder gelobt von Petrow in seinem Lehrbuch der Wundbehandlung, ferner von Paschond bei

Knochenfisteln und schließlich von Stevens bei Empyemen (auf Grund des statistischen Materials der amerikanischen Armee im Weltkrieg). Um die periodische Berieselung der Wunden unabhängig von menschlicher Dienstleistung zu machen, hat Cathcart ein Uhrwerk in Verbindung mit einem Elektromagneten gebracht, wodurch periodisch der Zufluß zu den Drainröhrchen gesperrt und dann wieder freigegeben wird. Jardin sowie Breteau empfehlen zur Herstellung chlorhaltiger Lösungen die als Industrieprodukt billig erhältliche Eau de javelle unter Berücksichtigung des Chlorgehalts und der Alkalität. Heutzutage gibt es verschiedene fertige, auch feste und haltbare, sowie weniger schädliche Ersatzpräparate für die Dakinsche Lösung: Pantosept in $^1/_5$ bis $^1/_2$- bis 1proz. Lösung oder als 5—10proz. Salbe wird empfohlen von Dobbertin, Ritter, Gonzenbach und Spengler, Kornmann und Korabelnikow, Schnitzer und Rosenberg, Meier. Chloramin in $^1/_{10}$—$^1/_2$proz. Lösung oder als 5proz. Pulver benutzten Langbartels, Lanz, van Caeckenberghe, Bergin, Martenstein, Mac Nair und Neff, Goldstein, Lockemann und Werner. Ozonogen verwenden Pamfil und Both bzw. Jacobovici und Both. Elektrolytisches Hypochlorit (Präparat CE) empfiehlt Neve. Calciumhypochlorit (Caporit der Firma Griesheim Electron) loben Ficker und Kadisch. Mit diesen neueren Präparaten dürfte für das Carrel-Dakinsche Verfahren ein Fortschritt erreicht sein. Doch muß hingewiesen werden auf gewisse Gefahren der Methode: Einmal kommt es in der Wunde zu Nekrosen. Ferner wird bei lokaler Anwendung stärkerer Konzentrationen über Nierenschädigung berichtet, so von van Caeckenberghe sowie Goldstein. Daß die genannten Präparate auch zur Händedesinfektion gebraucht werden und daß sie hier nicht immer gut vertragen werden, ist oben bereits erwähnt.

Hier anzuschließen sind die hypertonischen (5—10proz.) Salz- (Natrium-, Calcium- und Magnesium-)Lösungen, welche namentlich im Kriege bei größeren infizierten Wunden empfohlen wurden.

Essigsaure Tonerde und essigweinsaure Tonerde sowie die Präparate Algal und Lavaran sind in den letzten Referaten bereits erwähnt. Acklin konnte mit Alcuol „Wander" (Aluminiumhydroxyd) ebenso wie mit Jod und Pantosept mit tetanussporenhaltiger Erde infizierte Meerschweinchen retten.

Kamillentee wird verwandt teils zur Geschwürsbehandlung, teils zu Darmspülungen; neuerdings macht das Kamillosan von sich reden, worauf wir demnächst noch zu sprechen kommen werden.

Unter den Phenolpräparaten nimmt der Phenolcampher eine besondere Stellung ein. An seinen schon vor 20 Jahren empfohlenen Phenolcampher erinnert Chlumsky wiederum, macht aber gleichzeitig darauf aufmerksam, daß das Mittel, damit es nicht reizend und giftig wirkt, richtig hergestellt werden muß nach folgendem Rezept: Acid. carbol. crist. pulv. 30, Camph. trit. jap. 60, Alk. abs. 10; er bezeichnet den Phenolcampher als Spezificum gegen Erysipel, überhaupt gut wirksam bei Streptokokkeninfektion, aber auch bei sonstigen Eiterungen, spez. Gelenkentzündungen, auch bei Tuberkulose.

Die Becksche Wismutpaste verwandte Baradulin bei 218 Fisteln verschiedenen Ursprungs; dabei erlebte er viermal eine (allerdings vorübergehende) Wismutvergiftung.

Von neueren Kupferpräparaten nennen wir das Kupferdermasan und Kupferkollargol. Auch die schon früher genannten Wismut-, Blei und Kupferpasten von Dr. Reimer seien hier erwähnt.

Mit absolutem Alkohol hatte Samlez bei 2 Fällen akuter Gangrän an Penis und Fuß durch mehrtägige Berieselung Erfolg. Klein mahnt zur Vorsicht mit Spiritusverbänden, da bei einem 2jährigen Kinde mit Verbrennung 2. Grades an Bauch und Oberschenkeln, bei welchem nacheinander $1^1/_2$ Liter Brennspiritus auf die Verbände gegossen waren, der Tod eintrat.

Wasserstoffsuperoxyd und seine Präparate werden bei infizierten Wunden wohl weiterhin viel benutzt.

Gleiches gilt für Kaliumpermanganat, welches gern warm benutzt wird.

Von den Silberpräparaten sind es neben Silbersalzen (Höllenstein) und Silbereiweißverbindungen (Protargol) vor allem die kolloidalen, welche heute beliebt sind, und zwar teils die chemisch hergestellten (Kollargol, Dispargen), teils die elektrisch hergestellten (Elektrargol, Fulmargin) sowie ihre Kombinationen mit den weiter unten zu besprechenden Farbstoffen (Argochrom, Argoflavin) und mit anderen Mitteln (Jod- und Kupferkollargol). Pfab, welcher die von Naegeli entdeckte oligodynamische Wirkung der Metalle bzw. Metallsalze an in Kupfer- oder Zinkbadewannen liegenden Patienten beobachtete, empfiehlt Silberchlorid als wäßrige Suspension zur Behandlung von Osteomyelitis sowie als Salbe bei Bein-, Röntgen- und Decubitusgeschwüren. Schlee bestimmte die Konzentration der Silberionen in Lösungen von kolloidalen und komplexen Silberpräparaten, woraus Schlüsse auf die chemische Konstitution der Silberpräparate sich ergeben. Schlee und Zweifel fanden, daß nach intravenös eingespritzten Silberlösungen bald Silber im Blut und weiterhin auch niedergeschlagen in Organen sich nachweisen läßt. Kuroda hat die Oberflächenwirkung der Silbersalze als Kolloidphänomen mikroskopisch dargestellt. Kramar und Tomesik fanden ebenso wie Vollmer, daß bei intravenöser Silliquid- und Kollargolinjektion der intermediäre Stoffwechselumsatz eine Verschiebung in die alkalische Richtung erleidet und daß daher die Wirkung kolloidaler Metalle hauptsächlich als eine Eiweißwirkung aufzufassen sei, wie dies auch Böttner annimmt. Zangemeister warnt auf Grund eines Todesfalles vor intravenöser Injektion von Kollargol. Dagegen glaubt Litzner letztere zugeben zu dürfen, wenn man direkt vor der Injektion ebenfalls intravenös Hexeton oder Strophantin gibt, zumal es sich meist um Kranke mit schwer geschädigtem Herzen handelt, denen Herzkollaps droht. Koller-Aeby bevorzugt Silberpräparate mit differentem Schutzkolloid, um allgemeine Reaktion zu vermeiden. Solieri gießt bei lokaler oder allgemeiner Peritonitis nach der Operation 2—4 Phiolen Elektrokollargol in die Bauchhöhle. Rotter lobt das Cuprokollargol intravenös bei fieberhaften Aborten und Puerperalfieber (10 Krankengeschichten).

Kolloidales Gold empfiehlt bei Septicämie Conterno, zumal die bei sonstigen kolloidalen Metallen beobachteten heftigen Reaktionen ausbleiben, falls die kolloidale Goldlösung von sehr feinem Korn ist.

Von den Chininderivaten: Eucupin und Vuzin, welche im Krieg sich großer Beliebtheit erfreuten und in den früheren Referaten ausführlicher besprochen wurden, hört man jetzt nur noch wenig. Das Vuzin verwandte Birkholz gegen Meningitis endolumbal.

Schon seit Jahren fanden in der Wundbehandlung die Farbstoffe besondere Beachtung. Eine Übersicht über die in der Therapie verwandten Farbmittel gibt Aceña; er teilt sie ein in folgende Gruppen: Azo (Scharlachrot), Acridin (Acriflavin, Trypaflavin, Septacrol), Fluorescin (Mercurochrom), Rosanilin (Gentianaviolett, Kristallviolett, Methylviolett) und sonstige Farbstoffe. Churchman bezeichnet die intravenöse Anwendung der Farbstoffe bei Sepsis als zwar nicht sicher, aber doch aussichtsvoll. Anitschkoff studierte die Verteilung und Ausscheidung der kolloidalen Farbstoffe bzw. des Trypanblau, und Lundberg die pharmakologischen Eigenschaften des Methylenblau.

Von den Anilinfarbstoffen wird namentlich das von Baumann empfohlene Methylviolett in Form des Pyoktanin. caecul. Merck wie früher verwandt. Smits benutzt seit 1892 das Pyoktanin in 10proz. wäßriger und in 5—10proz. alkoholischer Lösung zur Bekämpfung schwerer Eiterungen. Türschmied verwandte seit 2 Jahren zunächst die 10proz. wäßrige Pyoktaninlösung, dann das Greifswalder Farbengemisch und schließlich eine 5—10proz. alkoholische Pyoktaninlösung bei Eiterungen in 600 Fäl-

len. Ferguson bewährte sich eine 1proz. Lösung von gleichen Teilen Krystallviolett und Brillantgrün in 35proz. Spiritus zur Wundprophylaxe bei Bergarbeitern, welche das Mittel bei sich tragen und bei Verletzungen aufpinseln. Gentianaviolett 1 : 250000 intraspinal benutzte Goldberg bei zwei Fällen von eitriger Meningitis, von welchen einer gerettet wurde, sowie intravenös 0,5 mg pro 1 kg Körpergewicht bei 11 Fällen von vorgeschrittener Sepsis, von welchen neun heilten.

Noch beliebter als die Anilin- sind die Acridinfarbstoffe: Trypaflavin, Acriflavin, Flavicid, Argoflavin, Septacrol und Rivanol. Mit Trypaflavin konnten Schnabel und Karsarnowsky sowohl im Reagenzglas wie im Tierkörper Streptokokken überempfindlich machen, und zwar in spezifischem Sinne. Houweninga verwendet seit einigen Jahren Trypaflavin 1 : 2000 bei allen, auch aseptischen Operationen, und vor allem bei Gelegenheits-, spez. Gelenkverletzungen. Lemierre benutzt Trypaflavin 1 : 100 intravenös 20—50 ccm alle 2—3 Tage bei schweren Infekten, sah allerdings bei Endocarditis lenta davon ebensowenig Erfolg wie von anderen Mitteln. Heptner sah bei puerperaler Sepsis Gutes von Trypa- und Argoflavin sowie Rivanol intravenös. Trüb empfiehlt Trypaflavin 0,3 intravenös bei eitriger Meningitis und Radikaloperation der Stirnhöhle, wobei von 4 Fällen 3 geheilt wurden.

Durch Acriflavin 1 : 100—1000 konnten Browning und Gulbranson mit Colibacillen infizierte Meerschweinchen fast immer retten. Klinisch lobt es Graham bei Verbrennung. Jonas dagegen bezeichnet es als wenig wirksam bei Staphylokokken- und Coli-Erkrankungen.

Über das Rivanol liegen wieder sehr zahlreiche Mitteilungen vor: Experimentelle Arbeiten stammen von Nakamura, Kompanzew, Novak, Schnitzer und Rosenberg, Schnitzer und Munter, Schnitzer und Armster, Armster und Rother, Laqueur, Sluyters und Wolff. Barth sah im Tierexperiment durch Zusatz von Rivanol zum Blut bei der Laewenschen Abriegelungsmethode keinen Vorteil. Ssolowjeff empfiehlt das Rivanol bei Operationen und Ledl spez. bei Ohroperationen. Bei leichten Infekten, Hämatomen und Nekrosen aseptischer Operationswunden rät Block sowie Vigyazo nach Entfernung einiger Hautnähte und nach Ausstreichen des Hämatoms die Wundhöhle mit $^1/_2$—1prom. Rivanol auszuspritzen. Rütz glaubt eine mit Staphylokokken infizierte Fingerbeugesehnennaht durch Einspriztung von $1^1/_2$ ccm 1prom. Rivanol gerettet zu haben. Das Eingießen von Rivanol 1—2prom. bei frischen Wunden empfehlen Berzsenyi, Sabludowsky bzw. Sabludowsky und Nissniewitsch sowie Blaß. Das Einspritzen von 1—2proz. Rivanol bei prodredienten Eiterungen loben Petrow, Ssolowjeff, Sabludowsky und Nissniewitsch, Mühsam und Hillejan, Sattler, Takats, Alexander, Bock, Kayser, Milizylina und Bäljajuwa, Hillejan. Rivanol 1prom. bei Sepsis intravenös rühmen Heptner, Charonsek und Bock; dagegen hatten Eisenberg sowie Blass keine Erfolge. Intraperitoneal wird es angewandt von Peritz, Lobowitz, Bock, Blass, Kayser und Eisenberg. Intraartikulär benutzten es Takats und Blass. Esau fand einige Wochen nach einer von anderer Seite ausgeführten dreimaligen Rivanolinjektion ins Kniegelenk an der Innenseite des Knies eine derbe Geschwulst, welche er herausschneiden mußte und welche nach der histologischen Untersuchung als Muskelnekrose gedeutet wurde. Dagegen hatte Rosenstein bei Tausenden von Rivanolinjektionen niemals Gewebsschädigungen ernster Art, höchstens intramuskuläre Infiltrate, welche aber nicht ein- oder ausgeschnitten werden mußten. In einer zweiten Mitteilung empfiehlt Rosenstein das Rivanol besonders für Pleuraempyeme. Jedenfalls erscheint beim Rivanol eine gewisse Vorsicht wegen Gefahr der Gewebsschädigung angezeigt; es sind daher höhere Konzentrationen als 1—2$^0/_{00}$, ferner Einspritzungen in die Finger und schließlich bei der intravenösen Anwendung paravenöse Infiltrate zu vermeiden; auch Nierenschädigungen bis zu Todesfall sind beobachtet, so von Mühsam und Hillejan.

Das amerikanische Präparat Merkurochrom 220 wird von verschiedenen Autoren angewandt, intravenös 1 prom. bei Sepsis, Pneumonie, Typhus, Meningitis, Encephalitis. Erysipel usw., und lokal 1—2 proz. bei infizierten Wunden sowie Harnwegen und Gelenken. Experimentelle Arbeiten stammen von Todd sowie von Hill und Bidgood. Lokale Anwendung empfiehlt Kiver und intravenöse Johnston sowie Bucher und Funk. Andere Autoren äußern sich zurückhaltender, indem sie das Mittel bei Sepsis als nicht sicher und als nicht ungefährlich bezeichnen, so Stringer, Piper, Hopkins und in der Diskussion zu letzterem Young, Hunt und Mac Kittrick. van Caeckenberghe äußert sich direkt ablehnend. Jedenfalls ist das Mittel intravenös bei Sepsis nicht sicher und auch nicht ungefährlich, da man Quecksilbervergiftung bis zum Tode beobachtet hat; man wird es daher nur mit Vorsicht anwenden, auch auf die chirurgisch nicht angreifbaren Fälle beschränken.

Anschließend an die eben genannten Wundantiseptica sollen noch einige zusammenhängende Worte über die Tiefenantisepsis gesagt werden. Zunächst verweise ich auf das vorzügliche Übersichtsreferat von Brunner über das Problem der prophylaktischen Tiefenantisepsis in der Wundbehandlung; er kommt darin zu folgenden Schlüssen: Bakterientod ohne Gewebstod ist bislang eine noch nicht erreichte Idealforderung. Mehr im Bereich des Möglichen erscheint eine Entwicklungshemmung und Abschwächung der Keime sowie Bindung und Neutralisation ihrer Gifte; außerdem soll eine Anregung der Körperabwehrkräfte erstrebt werden. Die experimentelle Prüfung der bisherigen Mittel, insbesondere des Vuzin und Rivanol, ergab recht widersprechende Ergebnisse. Infektionsprophylaxe und abortive Antiseptik hat so gut wie ganz versagt; erreicht zu werden scheint nur Virulenzabschwächung und Entwicklungshemmung. Eine sichere Anregung der Körperabwehrkräfte konnte nicht festgestellt werden; im Gegenteil fand sich häufig Gewebsschädigung, namentlich bei höherer Konzentration, während bei niedriger Konzentration die Wirkung ausblieb, so daß mit Rücksicht auf die Gewebe die Konzentration der Antiseptica auf einen nicht mehr genügend wirksamen Grad herabgesetzt werden muß. Ritter gelangt in seinen experimentellen und klinischen Studien über die Tiefenantisepsis hinsichtlich der einzelnen Chemikalien zu folgenden Ergebnissen: Pregllösung ist nicht gewebsschädigend, aber auch nicht gewebsanregend, im übrigen gegen virulente Infektion machtlos. Trypaflavin ist geeignet für Oberflächendesinfektion, dagegen nicht für Tiefenantisepsis, übrigens auch gewebsschädigend. Septacrol ist wegen Gewebsschädigung unbrauchbar für Oberflächen- und Tiefenantisepsis. Rivanol 1 : 500 ist wirksam bei Staphylokokkeninfektionen, dagegen sonst wenig, namentlich nicht bei Anaerobiern, wo eine höhere, aber zugleich gewebsschädigende Konzentration gewählt werden mußte. Kalo fand im Tierexperiment sowohl bei Vuzin wie Trypaflavin und Rivanol Degeneration, welche aber die Regenerationsfähigkeit des Gewebes nicht aufhebt; er sieht in diesem Umstand eine Erklärung für die günstigen klinischen Erfolge. Nach alledem muß man sagen, daß das Problem der Tiefenantisepsis noch nicht gelöst ist, was in den früheren Referaten ebenfalls zum Ausdruck kam. Im übrigen verweisen wir auf die Mitteilungen über die einzelnen Antiseptica spez. Jodpräparate sowie Vuzin, Trypaflavin und Rivanol.

Die fein verteilten Pulver, nämlich die indifferenten: Tierkohle, Bolus, Lenicet usw. und die differenten: Boluphen, Silber- und Perulenicet, Albertan usw. finden wegen ihrer absorbierenden Wirkung gern Verwendung bei granulierenden Wunden. Insbesondere wird das bereits im letzten Referat erwähnte Albertan gelobt von Bachem auf Grund pharmakologischer Studien und von Sonntag auf Grund mehrjähriger Erfahrungen in der Leipziger Poliklinik bei spezifischen und unspezifischen Ulcerationen, zerfallenen Geschwülsten, Decubitus, Nekrosen, Eiterungen, Verletzungen und Operationswunden bzw. Plastiken.

Von Ölen und Balsamen nennen wir Lebertran, Perubalsam, Ichthyol, Teer, Granugen. Das Granugenol empfiehlt Schütz aus der Leipziger Poliklinik besonders für

Höhlenwunden und Fisteln. Herepey und Csakanyi rühmen auf Grund experimenteller und klinischer Untersuchungen ein Gemisch verschiedener ätherischer Öle bei Verletzungen, Eiterungen und Geschwüren.

Die Enzym- spez. Pankreaspräparate, welche schon seit Jahren bei schmierigen Wunden, Eiterungen, Fisteln usw. benutzt werden, lobt neuerdings Niedermeyer wiederum; bezügl. des Incitamin sei auf die früheren Referate verwiesen.

Noch einige Worte möchten wir widmen der Serum-, Vaccine- und Reizbehandlung. Wir beginnen mit einigen zusammenfassenden Arbeiten. Wolfsohn gibt in der „Neuen deutschen Chirurgie“ eine übersichtliche Darstellung über Immunität, Immunodiagnostik und aktive Immunisierung im Dienste der Chirurgie, wobei er aus dem umfangreichen Gebiet der Immunitätswissenschaft die folgenden für den Chirurgen wichtigen Punkte herrausschält: Begriff der Immunität, allgemeine und örtliche Immunität sowie deren Verminderung unter den verschiedensten Einflüssen und an den verschiedensten Organen, erworbene Immunität und Anaphylaxie, Immunodiagnostik der chirurgischen Tuberkulose, Lues, Gonorrhöe, Staphylokokkeninfektionen, Echinokokkose, Sporotrichose und Aktinomykose und schließlich die aktive Immunisierung und Vaccinetherapie. Weiter berichtet Wolfsohn in der „Therapie der Gegenwart“ über Vaccine und Reizkörper in der modernen Wundbehandlung. Plisson bringt ein Übersichtsreferat über den gegenwärtigen Stand der Serum-, Vaccine- und Proteinbehandlung in der Chirurgie; dabei wird zusammenfassend festgestellt, daß die mit Einführung der Serum- und Vaccinebehandlung verknüpften Hoffnungen sich nicht erfüllt haben bis auf das Wundstarrkrampfserum.

Im einzelnen ist zu sagen: Die Serumanwendung ist anerkannt beim Tetanus, und zwar vor allem prophylaktisch, wo ihre Unterlassung in gegebenen Fällen als Kunstfehler angesehen werden muß; aber auch therapeutisch wird man nicht auf das Serum verzichten beim Tetanus. Auch bei Gasbrand, Milzbrand und Rotz wird die Serumtherapie empfohlen. Die Ansichten über das Streptokokkenserum sind bekanntlich sehr geteilt. Die Vaccinebehandlung wird von zahlreichen Autoren herangezogen bei Staphylokokkenerkrankungen. Auf die Reizkörper kann hier nicht im einzelnen eingegangen werden; hier sei nur kurz hingewiesen, daß auch bei schlecht heilenden Wunden und Geschwüren sowie vor allem bei subakuten und chronischen Infektionen die Reizkörperbehandlung angezeigt erscheint. Über die Grundlagen der praktischen Anwendung der Proteinkörper bei subakuten und chronischen Infektionen verbreitet sich Buzello. Wittkop studierte die Frage der kolloidchemischen Vorgänge bei der parenteralen Chemotherapie. Jagnov und Bazyan behandelten 50 Fälle von Erysipel mit Milchinjektionen. Conrad kommt auf Grund der Behandlung von 40 Fällen von Sepsis post partum bzw. abortum mit Metastasenbildung in Lungen, Herz und Nieren zu dem Schluß, daß, soweit bei dem unberechenbaren Verlauf der Sepsis überhaupt ein Urteil gestattet ist, durch intravenöse Injektionen von Yatrencasein und (nach bakteriologischer Feststellung) durch weitere Injektionen von Staphylo- bzw. Streptoyatren Erfolge erreicht zu werden scheinen, falls die Anwendung frühzeitig genug vorgenommen wird. Elkan lobt Novoprotin für die Behandlung von Magengeschwüren sowie von chronischen gynäkologischen und Gelenkinfekten. Castans empfiehlt für Staphylokokkenerkrankungen das Zinn speziell in Form des von einem spanischen Chemiker hergestellten Stannobiol.

Die Eigenblutbehandlung wird neuerdings auch in der Chirurgie verwandt bei infizierten Wunden sowie akuten und chronischen Infekten. Goljanitzky bezeichnet diese Behandlung als „integrale“ Therapie, während Wolfsohn eine unspezifische Reizkörperwirkung annimmt. Wein und Königsberg hatten mit der Autohämotherapie Erfolg bei Furunkulose, dagegen nicht bei Bubonen. Guarnerio sah keine Wirkung bei Sepsis. Linhart verwandte Eigenblutinjektion mit Erfolg bei septischen Prozessen, außer bei Endokarditis. Mit der Laewenschen Abriegelungsmethode äußert

sich Novak zufrieden bei Furunkeln und Karbunkeln, frischen Wunden, chronischen Entzündungen, Bein-, Decubital- und Röntgengeschwüren und tuberkulösen Weichteilfisteln.

Über prophylaktische und therapeutische Vaccination in der Chirurgie äußert sich Segre. Bakteriophagenbehandlung empfiehlt Mac Kinley. Mit der Eigenvaccine heilte Del Rio zwei Fälle von schwerer Pneumokokkensepsis bei kleinen Kindern. Die Autopyokultur nach Delbet empfiehlt Milostanoff zur Kontrolle der Vaccinetherapie an Stelle der schwierigen Bestimmung des opsonischen Index. Zanoli spricht ihr einen gewissen Wert zu für die Prognose, dagegen nicht für die Indikation zur Operation. Die Eigeneiterbehandlung verwendete Jost in 18 Fällen von geschlossenen lokalisierten Eiterungen, Popovici in drei Fällen von kaltem Absceß und Fay und Gaal in 22 Fällen von Bubonen nach Ulcus molle; mit neuen Abscessen an der Injektionsstelle muß man freilich nach Jost (4 unter 18) rechnen, und Tenenbaum sah nach intramuskulärer Injektion von Delbetscher Vaccine eine akute hämorrhagische Diathese bei einer 33jährigen Frau mit Mammaabsceß. Antistrepto- und Staphylokokkenfiltrate nach Besredka zu feuchten Verbänden und Tamponaden bei Phlegmonen, Abscessen, Acne, Furunkulose, Osteomyelitis usw. verwandten Borthioir, Kreisinger, Burdenko; letzterer warnt allerdings vor intracutanen und subcutanen Injektionen, da er dreimal schwere anaphylaktische Erscheinungen und einmal Exitus erlebte.

2. Wundnaht.

Zur Technik der Wundnaht sind einige besondere Methoden mitgeteilt. Ein instrumenteller Fadenknoten, dessen Vorzüge in Hinblick auf die Gefahr der Fadeninfektion durch die Chirurgenhände klar zutage liegen, wird auch diesmal wieder, nämlich von Weigl, mitgeteilt. Zu einhändigem Knüpfen des chirurgischen Knotens beschreibt Sullivan zwei Arten, welche vor den bisherigen den Vorteil haben, daß nach Bildung der ersten Knotenhälfte diese von dem gefaßten Gefäß nicht abgleiten kann. Auch Meynen gibt eine Knüpftechnik des doppelten Knotens an, welche nur eine Hand benötigt. Digby weist darauf hin, daß, wenn man bei der Ausführung des Schifferknotens nicht an beiden Enden des Fadens zieht, leicht ein Schleifenknoten entsteht, welcher weniger zuverlässig ist.

Die intracutane Naht nach Halsted wird wie in früheren Jahren so auch neuerdings wieder gelobt. Uyama verwendet seit 4 Jahren die Halstedsche versenkte Naht in folgender Modifikation: 1. Fortlaufende Subcutannaht mit Catgut und 2. fortlaufende Corium-Matratzennaht mit Catgut; der Endfaden von 2 wird mit dem Endfaden von 1 geknüpft und somit die ganze Naht versenkt.

Zur Vermeidung der Stichkanalinfektion verwenden zahlreiche Chirurgen die Hautklammern nach Michel oder nach v. Herff, welch letztere auch in der Sprechstunde namentlich bei messerscheuen Patienten zu empfehlen sind.

Auch das Zusammenziehen der Wunde mit Heftpflasterstreifen erscheint für manche Fälle beachtenswert. Nachdem dieses Verfahren hier und da, namentlich im Kriege, benutzt wurde, machte neuerdings auf dem Chirurgenkongreß 1925 Klapp aufmerksam auf die Vorzüge einer primären Wundvereinigung ohne Naht durch hakenbesetzte Stoffstreifen, welche zu beiden Seiten der Wunde mit Mastisol an der Haut befestigt und durch Schnüre zusammengebracht werden, wodurch Gewebslücken vermieden und die tiefen Teile komprimiert würden. In der Aussprache bestätigt Bier die Vorzüge dieses Verfahrens.

Blair benutzt zur Wundkompression Badeschwämme, welche in den Verband eingebunden werden, z. B. bei Achselhöhlenausräumung.

An dieser Stelle sei noch hingewiesen auf Foramittis Vorschläge zur Erzielung unauffälliger Operationsnarben (Ersatz der Hautnähte durch die Halstedsche Methode und frühzeitige Entfernung der Hautnähte mit anschließendem Klebeverband).

Reinberg empfiehlt bei aseptischen Operationen, den Verband bereits nach 24 bis 48 Stunden zu entfernen und dann keinen neuen Verband mehr aufzulegen, sondern die Wunde bloß mit Jodtinktur zu bestreichen und mit sterilem Puder zu bestreuen.

Im Anschluß an die Wundnaht sei, wie in den früheren Referaten, so auch diesmal wieder die Transplantation besprochen, wobei wir uns mit einem kurzen Hinweis auf die einschlägigen Arbeiten begnügen, da die Frage besser an anderer Stelle im Zusammenhang erörtert wird. Zunächst nennen wir einige zusammenfassende Arbeiten. An erster Stelle ist zu erwähnen Lexers großes Werk über die freien Transplantationen in der „Neuen Deutschen Chirurgie", welches im ersten (1919 erschienenen) Teil Fett-, Muskel-, Haut- und Organtransplantation behandelt und nunmehr im zweiten (1924 erschienenen) Teil in weiteren zehn Abschnitten die übrigen Gewebstransplantationen bespricht, nämlich die von Knochen, Periost, Knochenmark, Gelenken, Knorpeln, Sehnen, Fascien, Cutis, Nerven, Bauchfell, ganzen Gliedmaßen und Gewebsabschnitten, Zähnen und Schleimhaut. Daneben nennen wir seinen Vortrag auf dem Chirurgenkongreß 1925 über 20 Jahre Transplantationsforschung in der Chirurgie. Pupovac bringt in der „Wiener Medizinischen Wochenschrift" eine zusammenfassende Übersicht über moderne chirurgische Plastik. Sheehan weist hin auf den Wert der plastischen Chirurgie, welche auch von den praktischen Ärzten mehr berücksichtigt werden müsse. Ssitkowsky bespricht die plastischen Operationen im Gesicht. Polya betont die Bedeutung der Gefäßlappen nach Esser. Skuta verwendet für Nasendefekt die von Henning 1899 empfohlenen und von ihm verbesserten Gelatineprothesen. Über freie Knochen-, Knorpel- und Fett-Transplantation in der Oto-Rhino-Laryngologie verbreitet sich Bourack.

Bei der Hauttransplantation besprechen wir nacheinander die freie und die gestielte Transplantation. Bei ersterer müssen wir wiederum unterscheiden zwischen Epidermis und Cutis. R. und G. Hertzberg glauben die Hauttransplantation in vielen Fällen entbehren zu können, wenn sie die Wundfläche besonders herrichten durch Reinigen mit Gasolin, Trocknen mit Mulltupfern, Bestreichen der Wundränder und Bedecken mit einer Mischung von Perubalsam und Castoröl, während der innere Teil der Wunde mit einer desinfizierenden Chlorlösung behandelt wird. Die alte und bewährte Methode der Epidermistransplantation nach Thiersch hat im wesentlichen ihr Feld behauptet; doch sind mancherlei bemerkenswerte Abänderungsvorschläge gemacht. Coller empfiehlt zur Deckung der Tierschschen Läppchen das Aufsprayen von im Wasserbad auf dem Schmelzpunkt gehaltenem Paraffin, worauf ein Verband mit dachziegelförmig sich deckenden Guttaperchastreifen angelegt wird. Bager fixiert die Tierschschen Läppchen nach Gillies folgendermaßen: Ein Stück Hartgummi (Stent) wird in heißes Wasser gelegt, am Ort modelliert und erkalten lassen, dann die Modellfläche mit dünnster Vaselinschicht bestrichen und darauf die Läppchen gelegt mit der Hautseite auf die Vaseline unter Vermeidung von Luftblasen, schließlich die mit den Läppchen dicht belegte Modellplatte auf die Wundfläche gebracht und für 8—10 Tage mit Heftpflasterstreifen fixiert. Westhues wählt die Läppchen doppelt so dick wie gewöhnlich, teilt sie dann in parallele Streifen von 3—4 mm Breite, führt sie mit einem der Deschampschen Nadel ähnlichen Instrument wellenförmig durch die Granulationsfläche, entfernt vorsichtig die darüberliegenden Granulationen und legt einen Kochsalzumschlag für 2 Tage an. Cassegrain lobt auf Grund dreijähriger Erfahrungen die Verwendung von bis ins subcutane Fettgewebe reichenden Hautläppchen. Braun in Ergänzung seiner Mitteilungen vom Jahre 1920 und 1921 berichtet auf Grund vierjähriger Erfahrungen über Dauerergebnis der von ihm empfohlenen Hautpflanzung, bei welcher bekanntlich das Transplantat nicht auf die Wundfläche aufgelegt, sondern nach Art von Pflanzensetzlingen in die Tiefe eingepflanzt wird; er beschreibt nochmals genau die Technik und Indikationen seines Verfahrens. Auch das Verfahren von Pels-Leusden wird von verschiedenen Seiten warm empfohlen. Hilarowicz verfährt bei sehr dünner Granulationsschicht, bei welcher die Injektionsbehandlung nach Pels-

Leusden nicht möglich ist, folgendermaßen: An beliebig vielen Stellen am Rand des Geschwürs wird mit einem feinen Messerchen fast parallel zur Hautoberfläche 6—8 mm tief gestochen, und zwar nicht nur unter die Haut, sondern in den Hautrand selbst etwa zwischen Epidermis und Corium und nach kurzer Tamponade in die so angelegten Taschen mittels Sonde der mit Fließpapier getrocknete Epithelbrei eingefüllt.

Die freie Cutistransplantation wird empfohlen von Blair sowie von New und Fig.

Was die gestielte Hautplastik angeht, so liegen dazu folgende Vorschläge aus den letzten Jahren vor: Kreiker und Orisvo rühmen die für Augenplastik gebräuchliche Methode der bogenförmigen Verschiebung breitgestielter Lappen auch für die große Chirurgie. Dzhanelidse sowie Diban und Dienermann verwenden die Plastik mit langem Rundstiel, wobei durch Vernähen der Schnittränder ein runder Hautstiel gebildet wird. Horsley bevorzugt zur Deckung von Defekten nach Basalzellencarcinomexstirpation die Benutzung entfernter Hautlappen, da solche eine größere Resistenz gegen das Rezidiv aufzuweisen scheinen. Den Einfluß der Lageänderung (Drehung) des Hautlappens studierte im Tierexperiment Posterno. Über die Gefäß- und Nervenversorgung stellten Studien an im Tierexperiment Fasiani, welcher zwischen auto- und homoplastischen Lappen nur graduelle Unterschiede fand, und am Menschen Polissadowa; auch sei erwähnt eine Arbeit von Davis und Traut über Herkunft und Entwicklung der Blutgefäße in gestielten Hautlappen.

Eine größere Anzahl von Mitteilungen beschäftigt sich mit der Frage der homoplastischen Hautverpflanzung. Kubanyi sah bei homoplastischer Epidermistransplantation in vier Fällen zwar die Lappen größtenteils absterben, aber von den stehengebliebenen Inseln schließlich völlige Überhäutung in kurzer Zeit eintreten. Rohr bezeichnet alle Versuche homoplastischer Transplantation als vergeblich. Hohmann kommt auf Grund eigener Beobachtungen und gleichartiger Erfahrungen von Schoene zu dem Schluß, daß die homoplastische Hautverpflanzung zu einem der Anaphylaxie vergleichbaren Zustand von Proteinvergiftung führt, welcher allgemeine Reaktion oder Abstoßung der körperfremden Transplantate zur Folge hat; die Behauptung Lexers, daß homoplastische Hauttransplantate überhaupt nicht anheilten, wird unter Hinweis auf mikroskopische Untersuchungen bestritten. Deucher und Oehmer berichten über zwei erfolgreiche Homotransplantationen bei Blutgruppengleichheit. Segovia hatte bei weißen Mäusen stets Mißerfolg mit der freien homoplastischen Hautverpflanzung an nicht direkt blutsverwandten Tieren; bei parabiotisch vereinigten Tieren gelang die freie Hauttransplantation nach 35—40 Tagen und die gestielte nach Stieldurchtrennung vom 10. bis 16. Tage an, und zwar in beiden Fällen teilweise. Epstein konnte bei Mäusen, Ratten und Meerschweinchen mit Hilfe der Parabiose die homoplastische Epidermistransplantation begünstigen. Lehmann und Tammann, ausgehend von der Vorstellung, daß bei der homoplastischen Gewebsverpflanzung meist kein primärer Zelltod, sondern immunisatorische Vorgänge cellulärer Art eine Rolle spielen, haben bei weißen Mäusen mit Trypanblau gespeicherte Haut verpflanzt.

Bertocchi empfiehlt auf Grund von Auto-, Homo- und Heteroplastik an Kaninchen in 60—70proz. Alkohol fixierte Haut, welche zwar nicht anwächst, aber eine gute Wiederherstellung befördert, ferner auf Grund weiterer Versuche Fett, welches erst in 10proz. Formalin 24 Stunden, dann in 60proz. Alkohol 5—120 Tage und schließlich in phys. Kochsalzlösung eingelegt war. Busacca benutzt konservierte Sehnen, da diese auch heteroplastisch verpflanzt werden können. Gallie und Le Mesurier verwenden fibröses Gewebe (Fascie, Sehne und Aponeurose) zum Ersatz von Defekten und vor allem zu sog. lebenden Nähten, z. B. bei der Bruchoperation. Carravetta fand bei Kaninchen und Hunden, daß auto- und homoplastische Fascientransplantate anheilen, dagegen heteroplastische und konservierte resorbiert werden. Gallie benutzte bei Kaninchen zur homoplastischen Verpflanzung 4—6 ccm große Muskelbauchfellstücke, welche längere Zeit konserviert waren in 95proz. Alkohol und zum Teil auch in 10proz. For-

malin. Serra gelang die freie Transplantation eines ganzen Muskels samt Nerven beim Hund mit teilweisem Erfolg. Fischmann verwendet statt der Kirschnerschen Fascienumscheidung auf Anregung von Krassin ein viereckiges Stück Aponeurose, welches in die längs gespaltenen Sehnenstümpfe eingefügt und jederseits im Schlitz mit einer Naht befestigt wird, worauf zur Verstärkung der vier Nähte ein proximales und ein distales Fadenende lang gelassen und miteinander verknüpft werden. v. Dittrich fand im Tierexperiment nach Durchschneidung von quergestreiften Muskeln im Grund wahres Regenerat mit Funktion, im übrigen freilich Ersatzgewebe. Über Heilung von Haut-, Fascien-, Sehnen- und Muskelwunden nebst Regeneration berichten auf dem russischen Chirurgenkongreß Nasaroff, Gurewitsch, Tumilowa und Drasinskaja. Krotkina hat bei Venenanastomose das Venenbett durch Transplantation von Arteriensegmenten vergrößert, worauf die Transplantationsstelle mit einem Netzstück umgeben wurde. Über Transplantation von Organen (Hypophyse, Hoden, Nebenschilddrüsen, Ovarien) bei Tieren berichtet Verronoff.

Über Wert und Technik der Knochentransplantation äußert sich Albee. Hoffmann bringt Studien über autoplastische, freie und gestielte Knochentransplantation vom Standpunkt der Biologie und Architektonik, Bisho solche über Knochentransplantation unter Berücksichtigung der Vitalfärbung. Willich mißt nach seinen Tierversuchen bei der freien Knochentransplantation der Mitnahme von Periost, Rinde und Mark eine Bedeutung bei für die Einheilung des Transplantats. Wereschinsky kommt auf Grund von Kaninchenexperimenten zu dem Schluß, daß das Dauerergebnis der freien Knochentransplantation um so besser ist, je näher das Medium den natürlichen Verhältnissen steht; demgemäß ist im Reagensglas die Knochenregeneration negativ, in Weichteilen gering, im Knochenmark mäßig und an der Knochenoberfläche am besten; von besonderer Bedeutung ist das Periost, doch auch die Metaplasie des umgebenden Bindegewebes erscheint nicht ohne Bedeutung. Auch Kornew meint, daß nach seinen Versuchen das Periost als der Hauptfaktor der Knochenneubildung anzusehen sei, daß daneben aber eine Bindegewebsmetaplasie nicht ausgeschlossen werden könne. Dagegen glaubt Kalmanowsky nicht an die osteogene Bedeutung des umgebenden Bindegewebes. Auch Rohde aus der Freiburger Universitätsklinik konnte im Tierexperiment eine metaplastische Knochenbildung um ausgekochte Knochenstücke des gleichen Tieres nicht nachweisen, wenn es auch im Bereich der geschädigten Muskulatur häufig zu Kalkablagerungen kommt. Weber bevorzugt für die freie Knochentransplantation gegenüber dem kompakten Knochen den spongiösen, z. B. Darmbein. Traversa konnte bei auto-, homo- und heteroplastischer Knocheneinpflanzung im Tierexperiment völlige Funktionswiederherstellung feststellen.

Tillier empfiehlt bei der Verwendung der Mosetigschen Knochenplombe das Auskühlen der Knochenhöhle mit dem Chloräthylspray; bei der Hautnaht benutzt er zur Vermeidung von Stichkanaleiterung die Michelschen Klammern. Bei Pseudarthrose hat Hendon in 13 Fällen die beiden Knochenfragmente mit Rinderknochenspänen verzapft. Cestaro bevorzugt auf Grund von homo- und heteroplastischen Knochentransplantationen an Kaninchen die Bolzung, und zwar mit decalcifiziertem Knochen.

3. Drainage.

Bezüglich der allgemeinen Regeln der Drainage verweisen wir auf die früheren Referate. Das ganze Problem der Drainage hat eine gewisse Umwandlung erfahren, und zwar vorwiegend von biologischen Gesichtspunkten aus. Ähnlich wie Horsley im Jahre 1920, so bespricht jetzt Gray die Drainage im folgenden Sinne: Die bisher meist übliche Drainage stört die natürlichen Heilkräfte; Hauptsache ist genügende Incision; hierauf wird nötigenfalls ein kleiner Gummistreifen oberflächlich eingelegt; die Verwendung desinfizierender Lösungen kann herangezogen werden; Gelenke und Schädelhöhle soll man überhaupt nicht drainieren; auch der Bauch wird nur ausnahmsweise

drainiert, sonst aber nach gründlicher Reinigung und Entfernung des Primärherdes geschlossen und nur das Properitoneum durch einen Gummistreifen drainiert; auch die Brusthöhle wird bei Verletzungen geschlossen, und selbst beim Empyem braucht man nicht immer zu drainieren. In ähnlichem Sinne äußert sich Pauchet hinsichtlich der Drainage von Operationswunden: Schädelhöhle, Gelenke sowie Herz- und Brustbeutel werden nicht drainiert und die Bauchhöhle nur bei Magendarmperforation mit Beschmutzung oder Infektion der Bauchhöhle; nach Strumektomie ist eine Drainage für einige Stunden nur nötig bei zurückgebliebenem Hohlraum. Dagegen fordert Ligin unter Bezug auf Kocher das Drainieren auch der reinen Operationswunden.

Bei größeren Wundhöhlen sowie bei Brust- und Bauchhöhle wird von verschiedenen Autoren die Aspiration mit einem Saugapparat empfohlen. Beck aus der Kieler Universitätsklinik beschreibt eine technische Modifikation solcher Saugapparate zur gleichzeitigen Anwendung der Wasserstrahlpumpe bei drei und mehr Patienten, Reinert einen Saugapparat ähnlich dem Perthes-Hartertschen, und Lake verschiedene in Amerika gebräuchliche Saugapparate mit Motor- oder Luft- bzw. Sauerstoffbetrieb.

Hantcher verwendet seit 20 Jahren statt der Gummirohre Gummistücke mit radiär angeordneten Rillen an der Außenfläche. Cosacesu benutzt Gummischwämme statt Gummirohre zur Drainage der großen Körperhöhlen. Sofoteroff rühmt Colloxynindrains. Bezüglich der von Poppert empfohlenen Rohgaze verweisen wir auf die früheren Referate. Resorbierbare Tampons aus tierischen Membranen hat Kümmell jun. hergestellt. Vogel empfiehlt ein besonders präpariertes Blutplasma als Blutstillungsmittel bei Höhlenwunden und Fisteln, z. B. bei Prostatektomie, Strumektomie, Cholecystektomie, Nierenexstirpation usw. Desgleichen berichtet Sauer über gute Erfahrungen mit dem Rinderblutplasma Vivocoll bei Prostatektomie, Nephrektomie usw. Lotheissen beschreibt die Befestigung der Gummidrains und -katheter in der Weise, daß mit einer Kornzange ein vom gleichen Gummirohr abgeschnittenes kleines Stück über das ausgezogene Gummirohr gestreift und eine Sicherheitsnadel darangesteckt wird — ein Verfahren, welches, wie der Referent mit Recht bemerkt, wohl auch anderwärts gebräuchlich ist.

Im Vordergrund des Interesses steht diesmal das Biersche Verfahren der tamponlosen Behandlung eiternder Wunden, durch welches dank der besseren Regeneration Schmerzlosigkeit und Wundschonung sowie Narben- und Funktionsverbesserung, auch Beschränkung der Sehnennekrosen erzielt werden soll. Durch die neueren Arbeiten hat sich Indikation und Technik der Methode immer mehr herausgearbeitet. Das Verfahren erscheint angezeigt bei Furunkeln, Karbunkeln, Phlegmonen, Abscessen, Panaritien, Sehnenscheideneiterungen, Mastitis, Osteomyelitis usw. Gegenanzeigen bilden außer Blutung gewisse Fälle von tiefer Eiterung an Rumpf und Oberschenkel, sowie von Mastitis und Osteomyelitis. Zur Technik sei bemerkt, daß nach Incision die Wunde mit trockenem, feuchtem oder Salbenverband, dann mit Billroth-Batist bedeckt wird. Nachdem schon in den früheren Jahren einige Arbeiten erschienen sind, liegt jetzt eine große Zahl zumeist zustimmender Äußerungen vor, namentlich aus Rußland, nämlich von Blagoweschtschenskij, Petrow, Hesse bzw. Ssokoloff, Gorinewskaja, Aristowa, Schaack bzw. Tomilowa, Russanoff, Blumenthal bzw. Martinoff, Goredkoff, Goreliko, Milizyna und Beljajewa, Bosnjakoff, Oppel, Grekow u. a.

Zur Einschränkung der Tamponade bei eitrigen Wunden sind auch geeignet die Verfahren der kreisrunden oder ovalen oder elliptischen Hautausschneidung und des Wegnähens der Hautwundränder, welche in den letzten Referaten erwähnt wurden.

Anschließend an die Frage der Drainage besprechen wir noch die einschlägigen Arbeiten über die Behandlung von Eiterungen. Zunächst erwähnen wir die zusammenfassenden Arbeiten von Eden (Behandlung der Phlegmonen), Kleinschmidt (Über-

sicht über die Behandlung von akuten Wundinfektionen), Petrow (Behandlung von Wunden und Eiterungen) und Martens (Zur Behandlung der akuten Eiterungen). Aus diesen Arbeiten geht übereinstimmend hervor, daß die meisten erfahrenen Chirurgen auch weiterhin auf dem Standpunkt beharren, daß für viele, spez. für schwere Fälle die Incision nicht entbehrt werden kann und daß damit auch nicht allzu lange gezögert werden darf im Vertrauen auf die neuerdings empfohlenen Hilfsmittel: Umschläge, Bäder, Serum, Vaccine und Reizkörper, Röntgen usw. Chatzkelsohn verwendet bei Entzündungen warme Bäder oder Berieselung mit warmem Wasser von 36—41° R.; bei Mastitis genügen kleine Einschnitte nicht immer, und anschließend empfiehlt sich lockere Tamponade für 4—5 Tage nebst Berieselung mit heißem Wasser 15 Min.; Panaritien behandle man mit Incision und lockerer Tamponade für 3—4 Tage, dann mit heißen Bädern zweimal täglich mindestens $^1/_2$ Stunde, welche auch vor der Operation angezeigt sind. An diese Mitteilung schließt die Schriftleitung des „Zentralblattes für Chirurgie" die Bemerkung, daß das Verfahren nicht neu sei und daß es nicht die rechtzeitige Incision bei Sehnenscheidenphlegmone verdrängen dürfe. Nikotoroff sah bei lokaler Terpentinanwendung von Wundinfektion günstige Wirkung. Milizyna und Beljajewa halten die Incision für das Normalverfahren, möchten aber die Tamponade eingeschränkt wissen auf Fälle von Blutung oder von schwer zugänglichem Absceß, und ziehen bei Eiterretention der Tamponade die Erweiterung der alten oder die Anlegung einer neuen Incision vor. Rychlik macht bei tiefen Phlegmonen breite Incisionen und feste Tamponade für 4 Tage, bei oberflächlichen bloße Incision ohne Tamponade; wichtig ist die Anwendung von heißen Bädern, welche bei Panaritien in der Hälfte der Fälle die Incision ersparen. Reimer empfiehlt seine Kupfer-, Wismut- und Bleisalbe bzw. Paste, wobei operative Eingriffe oft nicht nötig seien. Karbunkel behandelt Morison mit einer aus getrocknetem Magnesiumsulfat und Glycerin hergestellten Paste, nach Nekrosenabstoßung mit einer in Magnesiumsulfatglycerinlösung getränkten Gaze. Schultze lobt das Opsonogen neben lokaler Anwendung feuchter Umschläge unter Billroth-Batist; nach Einschmelzung macht er breite Incisionen und anschließend Tamponade zunächst mit Blaugaze und später mit Trypaflavingaze. Der Referent Rosenburg bestätigt die guten Erfahrungen mit Opsonogen bei Furunkulose. Thorek empfiehlt die Vor- und Nachbehandlung von zur Operation kommenden chronischen Eiterungen, spez. solcher der Knochen, mit einem aus Aluminium und Kaliumnitrat bestehenden Doppelsalz. Bezüglich des Panaritiums verweisen wir nochmals auf die früher referierten Werke von Klapp-Beck und Zur Verth. Zur Peritonitisbehandlung mit Äther bemerkt Chodezky, daß im Tierexperiment die bactericide Wirkung des Äthers von der Temperatur sich abhängig erweist; dabei ist anzunehmen, daß nicht die Temperatur der Dämpfe, sondern ausschließlich der gasförmige Zustand des Äthers für die bactericide Wirkung ausschlaggebend ist, indem die Ätherdämpfe unter Druck bis in die äußersten Spalträume vordringen. Bei Sepsis im Wochenbett empfiehlt Küstner neben Uterusentfernung die Linsersche Sublimatsalvarsantherapie; im übrigen verweisen wir bezüglich der Sepsisbehandlung auf die einzelnen Wundantiseptica, spez. Jod, Trypaflavin, Rivanol, Mercurochrom usw.

4. Sonstige Methoden der Wundbehandlung.

Über die sonstigen Methoden der Wundbehandlung: Feuchter Verband, Dauerbad, Dauerberieselung, offene Wundbehandlung, Strahlen- (Licht-, Sonne- und Röntgen-) Behandlung, Luft- bzw. Gasstrom, Elektrizität, Wärme und Hyperämie ist in den früheren Referaten bereits ausführlich gesprochen und diesmal nicht viel Neues zu berichten.

Betreffend feuchten Verband und Dauerbad verweisen wir auf die früheren Ausführungen, insbesondere auf die dort vermerkten Vorsichtsmaßregeln (beim ganz feuchten Verband, namentlich bei Carbolsäure, aber auch bei sonstigen adstringierenden

Mitteln besteht bekanntlich die Gefahr der Gangrän und beim Dauerbad die Gefahr von Schock, Ertrinken, Lungenkomplikation, Mittelohrentzündung).

Über die vorzügliche Wirkung der heißen Bäder bei Eiterungen ist dort das Nötige gesagt.

Über Dauerberieselung eiternder Wunden ist bei Natriumhypochlorid- und hypertonischen Salzlösungen nachzulesen.

Von der offenen Wundbehandlung, über welche im Jahre 1920 im Anschluß an die Kriegserfahrungen ausführlich berichtet wurde, ist es in letzter Zeit still geworden.

Mit der offenen Wundbehandlung in Zusammenhang steht die Freiluft- und Lichtbehandlung. Das Sonnenlicht wird bei der Wundbehandlung mit Vorteil benutzt, und zwar nicht nur im Hochgebirge, sondern auch in der Niederung. Torraca fand bei Serienschnitten von der Sonne ausgesetzten Wunden an Meerschweinchen, daß die Blutgefäße im Wundheilungsgebiet nicht nur wesentlich erweitert sind, sondern auch früher und zahlreicher auftreten, auch eine raschere Entwicklung und Umwandlung der Granulationen in Narbengewebe stattfindet. Die Bedeutung der Hautpigmentierung für die Wundheilung bei Sonnenlichtbehandlung ergibt sich aus Experimenten des gleichen Verfassers an weißen und dunklen Meerschweinchen, bei welch letzteren die Wunden bedeutend schneller heilten.

Die Kathodenstrahlen empfehlen für die Wundbehandlung auf Grund von Reagensglas- und Tierversuchen Angerer, Pauli und v. Redwitz.

Luft- bzw. Gasstrom ohne oder mit Antiseptica, welcher 1913 bereits von Steinmann empfohlen wurde, wird wohl nur selten verwandt. Das Chlorgas, entwickelt aus Chlorkalk und Salzsäure, benutzte de Brovis bei Hautdefekten und Unterschenkelgeschwüren. Hier erwähnen wir noch das Sulfofix und Sulfoliquid, welche in Berührung mit dem Wundsekret Schwefeldioxyd abgeben; es wird von Senge und v. Morawik bei Geschwülsten, Geschwüren, Verletzungen, Eiterungen usw. empfohlen an Stelle des Wasserstoffsuperoxyd, dem gegenüber es den Vorzug hat, daß es billig, nicht schäumend, tief eindringend und konstant wirksam ist.

Der Elektrizität wird neuerdings mehr Aufmerksamkeit geschenkt. Die von Leduc empfohlene Therapie mit Elektroionen, spez. Jodionen, wird gelobt von Bourgignon bei keloidartigen Narben und von Grusdeo bei Gelenkversteifungen, Hirnverwachsungen, Bauchadhäsionen, Harnröhrenstrikturen, Neuralgien, chronischen Geschwüren usw. Die Wärme benutzt Rieder bei trophischen Geschwüren in Gestalt der Heißluftdusche als Ersatz für die Operation nach Leriche, welche ebenfalls wohl durch Hyperämie wirke, aber nicht ganz unbedenklich sei. Djacenko fand bei Verwendung von Dampf unter hohem Druck neben Prießnitzumschlägen bei Verwundungen, Verbrennungen und Geschwüren eine besonders rasche Vernarbung, so daß die Hauttransplantation oftmals erspart wurde.

Die allergrößte Bedeutung verlangt, wie schon früher hingewiesen wurde, die Hyperämie, und zwar sowohl die passive durch Stauen und Saugen, als vor allem die aktive durch Wärme usw. Sie wird mit Recht von den meisten Chirurgen im großen Umfang zur Wundbehandlung herangezogen. Ganz besonders gilt dies für Wärmeapplikationen in Gestalt von Bädern, Packungen, Heißluft, Diathermie usw.; doch ist wohl auch die Wirkung der sonstigen physikalischen und chemischen Maßnahmen zum großen Teil auf aktive Hyperämie zurückzuführen. Dagegen wird die passive Hyperämie in Form von Stauen und Saugen heutzutage nicht mehr soviel angewandt, zumal sie eine besondere Ausbildung und Erfahrung sowie Überwachung verlangt. Anerkannt ist die Stauung bei gonorrhoischen Gelenkerkrankungen. Das Saugen bewährt sich für gewisse Fälle von eröffneten Eiterprozessen, z. B. Mastitis, worauf dort bereits hingewiesen wurde.

Wundphysiologie.

Angerer, C. v., W. E. Pauli und E. v. Redwitz, Über die Einwirkung der Kathodenstrahlen auf Bakterien in vitro und in frischen Wunden. (Chir. Univ.-Poliklin. u. hyg. Inst., Univ. München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 3/6, S. 330 bis 342.) **83**, 784.

Aussprache zur „Wundheilung und Regeneration". (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongresses, Moskau 1924. S. 133—141. Leningrad 1925.) **85**, 137.

Berberich, Josef, und Alfred Eliassow, Experimentelle Untersuchungen über die Heilung von Hautwunden nach Cholesterin- und Lecithinfütterung. (Dermatol. u. Ohren-Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 561—566.) **84**, 405.

Bergel, S., Schützen die Granulationszellen die Wunden vor Infektion? (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 41, S. 1952—1957.) **84**, 341.

Girgolaff, S. S., Neuere Ergebnisse über Wundheilung. (Chir. Klin., Prof. Girgolaff, Leningrad.) (Verhandl. d. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 118 bis 121.) (Russisch.) **85**, 138.

Gurevič, N. A., Narbenvascularisation nach den Ergebnissen der Mikrocapillaroskopie. (Chir. Univ.-Klin., Rostow a. Don.) (Verhandl. d. russ. 16. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 130—133. Leningrad 1925.) (Russisch.) **85**, 139.

Herzen, P., und L. Nisnewič, Zur Frage über den Wundstrom. (Chir.-propädeut. Klin. u. onkol. Inst., I. Moskauer Univ., Prof. Herzen, pharmakol. Inst., I. Moskauer Univ., Prof. Nikolajev.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 338 bis 343.) (Russisch.) **83**, 784.

Herzen, P., und L. Nissnjewitsch, Zur Frage über den Wundstrom. (Propädeut. chir. Klin. u. pharmakol. Inst., I. Staatsuniv., Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 26, S. 1420—1424.) **82**, 650.

Herzen, P. A., und L. M. Nissnjewič, Zur Frage des Wundstroms. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Herzen, Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3. bis 8. V. 1924, S. 129—130.) (Russisch.) **85**, 137.

Loewe, S., Cäsar Hirsch und F. Lange, Blutung und Blutstillung an experimentellen Wunden unter dem Einfluß der Adrenalininfiltration. Zugleich Beiträge zur Frage der „Nachblutung" an Operationswunden. (Pharmakol. Univ.-Inst., Dorpat, u. Marienhosp., Stuttgart.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 46, H. 5/6, S. 680 bis 702.) **83**, 156.

Nasaroff, W., Über die Regeneration der Nervenendapparate in den Hautnarben des Menschen. (Propädeut.-chir. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 3, S. 777—804.) **85**, 525.

Nasaroff, W. M., Über die Heilung von Hautwunden. (Chir. Klin., Prof. Girgolaff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 2.—8. V. 1924, S. 114 bis 116.) (Russisch.) **85**, 138.

Neugebauer, Friedrich, Schweißdrüsenadenome in Operationsnarben. (10. Tag. d. südost-dtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen, O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 3, S. 437—448.) **83**, 322.

Oppel, W. A., Wundheilung und endokrine Drüsen. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Žurnal dlja ussowersenstwowanija vracei Jg. 3, Nr. 2, S. 75—78.) (Russisch.) **84**, 57.

Papilian, Victor, und Liviu Funariu, Der Einfluß des organo-vegetativen Nervensystems auf den Wundenvernarbungsprozeß. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 7/8, S. 277.) (Russisch.) **83**, 639.

Schönbauer, L., und L. R. Whitaker, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Wundheilung, unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Magenläsionen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien, u. chir. Univ.-Klin., Harvard-Univ., Boston.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 500—508.) **82**, 650.

Tomilowa, N. L., Experimentelle Ergebnisse der Heilung von Fascial- und Sehnengewebe und der Regeneration derselben. (Chir. Klin., Prof. Schaack, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 125—128.) (Russisch.) **85**, 139.

Torraca, Luigi, L'accorciamento termico del tessuto di granulazione e di cicatrice. (Istit. di patol. gen., univ., Napoli.) (Arch. di scienze biol. Bd. 7, Nr. 1/2, S. 8 bis 29.) **83**, 300.

Usuelli, Filippo, Sul comportamento del tessuto reticolare nei processi di riparazione delle ferite. (Istit. di anat. d. ist. sup. di med. veterin., Milano.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 5, S. 517—537.) **83**, 21.

Wright, Almroth, The physiology of wound repair. (Inst. of pathol. a. research, St. Mary's hosp., London.) (Practitioner Bd. 114, Nr. 5, S. 317—325.) **32**, 129.

Wundbehandlung.

Acklin, Oskar, Adsorptive Behandlung erdinfizierter Wunden. Vorl. Mitt. (Hyg. Inst., techn. Hochsch., Zürich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 44, S. 2470 bis 2471.) **33**, 497.

Alexander, Henny, Über Rivanolbehandlung bei fortschreitenden phlegmonösen Entzündungen. (Krankenh. d. jüd. Gemeinde, Berlin.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 1/2, S. 78—87.) **31**, 508.

Bager, Bertel, Eine praktische Methode zur Fixierung von Thierschschen Hauttransplantaten. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 33, S. 943—945.) (Schwedisch.) **34**, 13.

Bakin, E. S., Über die Adrenalintherapie des Wundskorbuts. (Chir. Abt., milit., Lazarett, Tomsk, Prof. Mysch.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 272—283.) (Russisch.) **34**, 819.

Bang, Fridtjof, Klinische und experimentelle Studien über Krebs in Narben. (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. 18, S. 415—426.) (Dänisch.) **33**, 322.

Barth, Fritz, Experimentelle Untersuchungen über die hemmende Wirkung von Blut. Rivanolgemischen auf fortschreitende pyogene Prozesse. (Chir. Univ.-Klin. u. Inst. f. exp. Therapie „Emil v. Behring", Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 348—359.) **34**, 340.

Beekman, Fenwick, The treatment of wounds in compound fractures of long bones. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 1, S. 120—124.) **31**, 143.

Beljajewa, W., Die infizierten Wunden der Hände und ihre Heilung in Beziehung zum Beruf. (Dostojewskij-Krankenh., Moskau, chir. Abt., Dir.: Prof. J. A. Goljanizkij.) (Novaja chirurgija Jg. **1**, H. 1, S. 110—128.) (Russisch.) **34**, 128.

Berger, H., Die Verwendung von Chloramin (Heyden) im Heeressanitätswesen. (Standortlaz., München.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 26, S. 1424—1425.) **32**, 651.

Birkholz, Über die biologische Wirkung des Vuzins bei seiner endolumbalen Anwendung als Heilmittel gegen die Meningitis. Ergänzung zu meiner 1921 erschienenen kritischen Studie. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. **112**, H. 3/4, S. 261—271.) **31**, 852.

Block, Werner, Über Leistungen des Rivanols und ihre Abhängigkeit von der Anwendungstechnik. (Marienhosp., Witten a. Ruhr.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 1, S. 198—210.) **33**, 23.

Block, Werner, Bemerkung zu dem Aufsatz: Einiges über die Heilung „per primam intentionem" von Vigyázó in Nr. 43 dieses Zentralblattes. (Marienhosp., Witten-Ruhr.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 52, S. 2932.) **34**, 128.

Breitman, G., Über die biologische Wundbehandlung. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **6**, H. 4, Nr. 24, S. 463—471.) (Russisch.) **34**, 405.

Browning, C. H., and R. Gulbranson, The chemotherapy of recent experimental wound infections. With special reference to the action of acriflavine. (Pathol. dep., univ., a. Western infirmary, Glasgow.) (Brit. med. journ. Nr. **3354**, S. 688 bis 690.) **33**, 22.

Bumm, Behandlung chronisch-eitriger Prozesse mit toten Gewebsrückständen durch Dauerpräparate von proteolytischen Bakterien. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 658.

Djačenko, A., Behandlung der Hautgeschwüre, des Decubitus, der Verbrennungen und Verwundungen mit strömendem Dampf. (Vestnik sovremenoj mediciny Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 3, S. 28.) (Russisch.) **35**, 426.

Eiselsberg, A., Die Wundbehandlung in ihrem ständigen Wechsel. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 6, S. 162—170.) (Schwedisch.) *

Foramitti, K., Vorschläge zur Erzielung unauffälliger Operationsnarben. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. **16**, S. 429—431.) **32**, 6.

Fotić, J., Mikulicz-Drainage bei gynäkologischen Operationen. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 7, S. 344—351. (Serbo-kroatisch.) **33**, 139.

Gabaj, A., Behandlung zufälliger Quetschrißwunden durch primäre Excision und Naht. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 49—50. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**, 556.

Gabai, A., Über die Therapie der akzidentellen Riß- und Quetschwunden mit primärer Excision und Wundnaht. (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Nr. 3/4, S. 305—310.) (Russisch.) **33**, 93.

Ghiron, Vittorio, Ricerche su una nuova tecnica di sutura. (Istit. di clin. chir., univ. Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 26, S. 906—907.) **32**, 650.

Goff, Byron H., An analysis of wound union. In 3,000 abdominal incisions based on the woman's hospital classification of wounds and wound union. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 728—739.) **34**, 220.
Goljanitzki, J. A., Weitere Beobachtungen über die integrale Behandlung. (Chir. Abt., Dostojewski-Krankenh., Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 42, S. 2344 bis 2347.) **38**, 640.
Gorodkov, N., Zur Frage der Wundbehandlung unter Sparadrap. (Verhandl. d. 1. Chir. Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 220—225.) (Russisch.) **37**, 232.
Heptner, B., Klinische Erfahrungen mit Argochrom, Trypaflavin, Argoflavin und Rivanol bei der Behandlung septischer puerperaler Erkrankungen. (Staatl. klin. geburtsh.-gynäkol. Inst., Leningrad.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 2, S. 107—110.) **32**, 441.
Herepey-Csákányi, Győző, Verwendung von flüchtigen Ölen in der Chirurgie. (Orvosi Hetilap Jg. 69, N. 36, S. 871—872.) (Ungarisch.) **33**, 300.
Herrmannsdorfer, Weitere Beiträge zur Frage des Einflusses der Ernährung auf die Wundinfektion und Wundheilung. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 657.
Herrmannsdorfer, A., Weitere Beiträge zur Frage des Einflusses der Ernährung auf Wundinfektion und Wundheilung. (Chir. Univ. Klin., München.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 396—400 u. S. 105—108.) **33**, 498.
Hortobágyi, Béla, Die Wunddiphtherie. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 2, S. 47 bis 48.) (Ungarisch.) **32**, 865.
Houweninge Graftdijk, C. J. van, Trypaflavin in der Wundbehandlung. (Nederlandsch maandschr. v. geneesk. Jg. 13, Nr. 5, S. 249—262.) (Holländisch.) **33**, 497.
Jeanselme et Giraudeau, Cicatrices vicieuses et chéloïdes. Leur traitement par les agents physiques. (Clin. des maladies cut. et syphilit., hôp. St.-Louis, Paris.) (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 33, S. 529—534.) **34**, 129.
Kaiser, A. F., Zur Frage über die Erweiterung der Indikationen zur tamponlosen Behandlung der Wunden. (Turkestanskij žurnal Bd. 4, Nr. 11, S. 655—660.) (Russisch.) **36**, 345.
Klapp, Primäre Wundvereinigung ohne Naht. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 656.
Klapp, Rudolf, Über die Technik der Wundbehandlung. (Berlin. Klinik Jg. 32, H. 343, S. 1—22.) **32**, 129.
Klein, Paul, Vorsicht bei der Anwendung von Spiritusverbänden. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 3, S. 111.) **31**, 429.
Kreisinger, Vladimír, Besredkas Filtrat in der Chirurgie. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr 33, S. 1195—1198.) (Tschechisch.) **33**, 299.
Küstner, Heinz, Das Puerperalfieber und seine Behandlung. (Univ.-Frauenklin., Halle a. S.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 6, S. 222—224.) **32**, 441.
Laemmle, Kurt, Über Wundinfektionen nach Operationen mit primärem Verschluß. (Mecklenburg-Strelitzsches Landeskrankenh. Carolinenstift, Neustrelitz.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr.14, S. 557—559.) **32**, 325.
Langebartels, Gustav, Untersuchungen über die Verwendbarkeit des Chloramin-Heyden in der Wundbehandlung. (Chir. Univ.-Poliklin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 287—292.) **32**, 651.
Larkin, Charles L., A new drain and its application to pelvic drainage. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 278.) **32**, 696.
Lidskij, A., Über die postoperativen Wundeiterungen. (Kazanskij medizinskij žurnal Jg. 19, Nr. 2, S. 147—157.) (Russisch.) **33**, 498.
Lieben, S., Behandlung schlecht ernährter Gewebe mit heißem Sauerstoff. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 52, S. 1958—1959.) **34**, 2.
Lobmayer, Géza v., Öle in der Chirurgie. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 35, S. 831 bis 833.) (Ungarisch.) **33**, 193.
Martens, M., Zur Behandlung akuter Eiterungen. (Krankenh. Bethanien, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 4, S. 134—137.) **31**, 354.
Michelsson, F., Über die Verwendung der Preglschen Jodlösung in der Chirurgie und Gynäkologie. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 1, H. 4, S. 110—114.) *
Milizyna, M., und W. Beljajewa, Die Behandlung eitriger Weichteilerkrankungen nach dem Material der Klinik. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Prof. N. N. Petroff, Leningrad.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 6, S. 141—144.) (Russisch.) **35**, 10.
Neugebauer, Friedrich, Schweißdrüsenadenome in Operationsnarben. (10. Tag. d. südost-dtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen, O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 184, H. 3, S. 437—448.) **33**, 322.

Niel, Ch., La technique du tamponnement à la Mikulicz. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 23, S. 374—375.) *
Petrow, N., Über die tiefenantiseptische Rivanolbehandlung bei fortschreitenden Formen der eitrigen Entzündung. (Chir. Klin., med. Inst., Leningrad.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 8, S. 359—361.) **31**, 658.
Pfab, Bruno, Die keimtötende Fernwirkung der Metalle bzw. Metallsalze, und ihre Bedeutung für die Wundbehandlung. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 5, S. 575—581.) **35**, 473.
Pfannenstill, S. A., A method of treating infected ulcers. (Municip. hosp., Malmö.) (Brit. med. journ. Nr. **3355**, S. 732—733.) **32**, 129.
Posnjakow, L. N., Beeinträchtigung der Drainagemethoden in der Behandlung infizierter Wunden im Zusammenhang mit der Anwendung von konzentrierten Elektrolytensalzlösungen. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch. I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen H. 2, S. 31—36.) (Russisch.) **35**, 274.
Prokin, A. D., Über die Anwendung des Tambukonschlammes bei Iontophorese. (Kurortnoe delo Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 7/8, S. 68—70.) (Russisch.) *
Reichert, Frederick Leet, and Emile Holman, The fate of the sutures as observed in intestinal anastomosis and in the healing of wounds. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **36**, Nr. 3, S. 212—221.) **32**, 443.
Reinberg, H., Über die Behandlung aseptischer postoperativer Wunden. (Chir. Klin., I. Univ. Moskau, Prof. Burdenko.) (Vestnik sovremennoj medicinj Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 9, S. 5—6.) (Russisch.) **36**, 345.
Reinberg, Hermann, Über die Behandlung aseptischer Wunden. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **36**, S. 1998—2001.) **33**, 21.
Reinert, Charles, Beiträge zur Technik der wundärztlichen Aspiration, Irrigation und Drainage. (Chir. Univ.-Klin., Bern.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 5, S. 93—101.) **31**, 355.
Rohde, Carl, Über Versuche zur Überwindung der Anheilungsschwierigkeiten homoplastischer Transplantate. (Chir. Klin., Univ. Freiburg i. Br. u. med. Akad., Düsseldorf.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 111—127.) **32**, 651.
Rosenstein, Paul, Pleura-Empyem und Rivanol. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 12, S. 544—548.) **31**, 851.
Rütz, A., Infizierte Beugesehnennaht am Finger mit Rivanol geheilt. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. **14**, S. 503.) **31**, 851.
Salghini, Livio, Il liquido del Calot nella cura delle lesioni cutanee. I. Generalità. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. **23**, S. 530—533.) **34**, 13.
Salghini, Livio, Il liquido del Calot nella cura delle lesioni cutanee. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 24, S. 555—561.) **33**, 498.
Sattler, Eugen, Über Rivanol-Behandlung. (Preßburger chir. Klin. i. St. Stefan-Spit., Budapest.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therapie Bd. **45**. H. 1, S. 81—85.) **34**, 340.
Sauer, Hans, Erfahrungen mit der resorbierbaren Wundtamponade und Blutstillungsmethode durch tierisches Blutplasma (Vivocoll). (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **7**, S. 345—349.) **31**, 430.
Schaack, W., Die Prinzipien der tamponlosen Behandlung eitriger Infektionen. (16. russ. Chirurgenkongreß, Moskau, Sitzg. v. 3.—8. V. 1924.) **31**, 355.
Schnell, Neue Wege in der Wundbehandlung. (Zeitschr. f. med. Chem. Jg. **3**, Nr. 7, S. 53—54.) **34**, 221.
Schütz, Harry, Die Anwendung des Granugenols in der Chirurgie. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 8, S. 313—314.) **31**, 353.
Senge, Therapeutische Erfahrungen mit Sulfoliquid und Sulfofix in der Wundtherapie und Dermatologie. (Fortschr. d. Med. Jg. **43**, Nr. 13, S. 184—185.) **33**, 158.
Sitkovskij, P. P., Zur Frage über die Jodtherapie der Wunden. (Chir. Fak.-Klin., Staatsuniv. in Mittelasien, Taschkent.) (Verhandl. d. ärztl. Ges. in Taschkent 1925.) (Russisch.) **35**, 425.
Smits, J. C. J. C., Pyoktanin als Antisepticum. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Indië Bd. **65**, H. 3, S. 340—344.) (Holländisch.) **33**, 22.
Sonntag, Moderne Wundbehandlung. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 8. S. 605—614.) (Spanisch.) *
Spilsbury, Bernard, Lettsomian lectures on wounds and other injuries in their medico-legal aspect. Lect. III. (St. Bartholomew's hosp. med. coll., London.) (Lancet Bd. **208**, Nr. 15, S. 749—754.) **33**, 465.
Ssitkowski, P., Zur Frage der Jodtherapie der traumatischen Wunden. (Chir. Fak.-Klin., Mittelasiat. Reichsuniv., chir. Abt. Eisenbahnkrankenh., Taschkent.) (Turkestanskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Bd. **4**, Nr. 8, S. 460—464.) (Russisch.) **35**, 274.

Thorek, Max, A new method (cultural) in the treatment of chronic suppurations, particularly of bones. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 3, S. 132—135.) 82, 810.

Trüb, C. L. Paul, Trypaflavin in der Behandlung der postoperativen eitrigen Meningitis. (Marienhosp. Mühlheim-Ruhr.) (Arch. f. Ohren, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 112, H. 3/4, S. 151—159.) 82, 441.

Vigyázó, Julius, Einiges über die Heilung „per primam intentionem". (Graf Albert Apponyi-Poliklin., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 43, S. 2415 bis 2418.) 83, 462.

Weber, F. Parkes, Granuloma with foreign-body giant-cells due to the injection of ether into the Panniculus adiposus. (Brit. journ. of childr. dis. Bd. 22, Nr. 262/264, S. 285—288.) *

Welckenbach, Über Desitinwundsalbe. (Rote Kreuz-Krankenh. Kahlenbergstiftung, Magdeburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 29, S. 1200—1201.) 82, 651.

Zanov, A., Zur Frage des „Wundscharlachs" bei Wöchnerinnen. (Univ.-Frauenklin. Simferopol, Krim.) (Krimski medicinski archiv Jg. 2, Bd. 1, Nr. 3, S. 507—517.) (Russisch.) 87, 786.

Desinfektion.

Aceña, M., Die Färbemittel in der Therapie. (Med. ibera Bd. 20, Nr. 402, S. 52—56. Nr. 403, S. 77—80, Nr. 404, S. 98—102 u. Nr. 405, S. 121—128.) (Spanisch.) 84, 407.

Acklin, Oskar, Adsorptive Behandlung erdinfizierter Wunden. Vorl. Mitt. (Hyg. Inst., techn. Hochsch., Zürich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 44, S. 2470 bis 2471.) 82, 497.

Alexander, Henny, Über Rivanolbehandlung bei fortschreitenden phlegmonösen Entzündungen. (Krankenh. d. jüd. Gemeinde, Berlin.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, S. 78—87.) 81, 508.

Babsky, A. A., Über die Formalinhändedesinfektion. (Chir. Fakultätsklin., Odessa.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 31, S. 1713—1714.) 82, 747.

Backal, S., Wässerige 5proz. Tanninlösung bei der Händedesinfektion. (Chir. Klin. Univ. Odessa, Prof. Pokotilo.) (Verhandl. d. 2. russ. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, Jekaterinoslaw, 12.—15. IX. 1924, S. 42—44.) (Russisch.) 84, 407.

Bakkal, S. A., Die wässerige Tanninlösung zur Händedesinfektion. (Chir. Klin., med. Hochsch., Prof.Pokotilo, Odessa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 3—9.) (Russisch.) 83, 461.

Barth, Fritz, Experimentelle Untersuchungen über die hemmende Wirkung von Blut-Rivanolgemischen auf fortschreitende pyogene Prozesse. (Chir. Univ.-Klin. u. Inst. f. exp. Therapie „Emil v. Behring", Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 185, H. 2, S. 348—359.) 84, 340.

Bazy, Louis, Peut-on employer en chirurgie les rayons ultra-violets comme unique mode de stérilisation ? (Clinique Jg. 20, Nr. 49, S. 289—293.) 84, 486.

Berger, H., Die Verwendung von Chloramin (Heyden) im Heeressanitätswesen. (Standortlaz., München.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 26, S. 1424—1425.) 82, 651.

Birkholz, Über die biologische Wirkung des Vuzins bei seiner endolumbalen Anwendung als Heilmittel gegen die Meningitis. Ergänzung zu meiner 1921 erschienenen kritischen Studie. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 112, H. 3/4, S. 261 bis 271.) 81, 852.

Block, Werner, Über Leistungen des Rivanols und ihre Abhängigkeit von der Anwendungstechnik. (Marienhosp., Witten a. Ruhr.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 186, H. 1, S. 198—210.) 83, 23.

Bonne, Über Grotan und Sagrotan. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 39, S. 1468—1469.) 84, 219.

Braun, Arthur, Erfahrungen mit Yatren. (Stadtkrankenh. Dresden-Johannstadt.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 14, S. 562—564.) 82, 326.

Breteau, Pierre, Observations sur la préparation des solutions antiseptiques chlorés. (Journ. de pharmacie et de chim. Bd. 2, Nr. 4, S. 142—143.) 84, 220.

Bucher, C. S., and R. S. Funk, Intravenous use of mercurochrome- 220 soluble. Case reports. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 2, S. 135—136.) 85, 615.

Bussa-Lay, Enrico, Contributo casistico sul valore terapeutico dello iodocoleolo in chirurgia. (Osp. coloniale „Regina Elena", Asmara.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 8, S. 131—133 u. Nr. 9, S. 147—149.) 82, 441.

Caeckenberghe, van, Desinfektionsmittel. (Gynaekol. klin., hoogeschool, Gent.) (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 4, S. 59—67.) (Holländisch.) 81, 730.

Caeckenberghe, Jos. van, Chloramin. (Laborat., gynaekol. klin., Gent.) (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 21/22, S. 353—361.) (Flämisch.) 83, 461.

Cathcart, Charles W., Clockwork control of the Carrel-Dakin treatment. (Brit. med. journ. Nr. 3386, S. 933—934.) 34, 13.

Charousek, Zur Klinik der Chemotherapie. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 189—214.) 34, 340.

Chodezky, G. W., Experimentelle Untersuchung über die bactericide Wirkung des Äthers. (Gynäkol. Klin., Prof. Kiparsky u. bakteriol. Laborat., Prof. Belonowsky, Inst. z. Fortbild. v. Ärzten, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. 36, H. 3, S. 268—288.) (Russisch.) 35, 137.

Churchman, John W., Intravenous use of dyes. (Laborat. of exp. therapeut., Cornell univ. med. school, New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1849—1853.) 34, 818.

Collins, A. N., and F. Ritz, Tracing infections in a surgical service. (Minnesota med. Bd. 8, S. 181.) 33, 638.

Conterno, V., Sur l'activité thérapeutique de l'or colloïdal (1 p. 1000 d'Au) et son action sur les globules blancs du sang. (Hôp. majeur de la ville, Turin.) (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 92, Nr. 4, S. 228—229.) 32, 6.

Cowen, Robert L., The excretion of mercurochrome given intravenously. (Americ. med. Bd. 31, Nr. 12, S. 732—734.) 35, 874.

Daniljak, I. D., Zur Frage über die Hände- und Operationsfelddesinfektion. (Tschernogorodskaja-Krankenh., Baku, Kaukasus.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 292—305.) (Russisch.) 33, 20.

Ferguson, Eion L., The use of a solution of the aniline dyes in the prevention of infection of wounds. (Med. journ. of South Africa Bd. 20, Nr. 11, S. 327 bis 330.) 33, 157.

Foged, Jens, Pikrinsäure zur Hautdesinfektion. Pikrinsäuredermatitis. (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 38, S. 889—901.) (Dänisch.) 33, 782.

Freeman, L., Concerning wound infection and the use of rubber sponges in the closure of dead spaces, faecal and urinary fistulae, etc. (Colorado med. 22, S. 164.) 33, 639.

Frommolt, Günther, Über die Desinfektion mit Chloramin. (Univ.-Frauenklin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 20, S. 1075—1080.) 32, 440.

Goldberg, Bernard I., The intraspinal use of gentian violet. (Neurosyphilis clin., psychopathic hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 8, S. 350 bis 353.) 32, 130.

Goldstein, Walter, Schwere Nierenschädigung und Urämie nach Anwendung von „Chloramin-Heyden“. (Städt. Krankenh. Berlin-Lichtenberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 4, S. 153.) 31, 353.

Graham, J. G., The chemotherapy of local suppuration: Acriflavine and boric acid compared. (Brit. med. journ. Nr. 3384, S. 826.) 34, 13.

Gutnikov, B., Über das Eingießen von Äther in die Bauchhöhle als prophylaktische Maßnahme und bei diffuser eitriger Peritonitis. (Chir Klin., Univ. Rostov a. D., Dir. Prof. Bogorof.) (Izvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 113—135.) (Russisch.) 36, 456.

Haas, Notdesinfektion auf dem Lande bei sofortigen dringlichen Operationen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 39, S. 2178—2179.) 33, 300.

Haas, Willy, Zur Frage der Alkoholvergällung. (Chir. Klin., Univ., Erlangen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 763—765.) 32, 651.

Hallilay, H., Asepsis. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 10, S. 455—459.) *

Heptner, B., Klinische Erfahrungen mit Argochrom, Trypaflavin, Argoflavin und Rivanol bei der Behandlung septischer puerperaler Erkrankungen. (Staatl. klin. geburtsh.-gynäkol. Inst., Leningrad.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 2, S. 107 bis 110.) 32, 441.

Heubner, W., und M. Staemmler, Tod nach Sublimatspülung zwecks Abtreibung. Nach Akten und Gutachten. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 24, S. 1172.) *

Hill, J. H., and W. W. Scott, Mercurochrome-220 soluble as a biliary antiseptic. An experimental study. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Arch. of internal med. Bd. 35, Nr. 4, S. 503—515.) 37, 612.

Hinton, Drury, Results of the intravenous use of gentian violet in cases of extreme septicaemia. (Surg. serv., univ. of Pennsylvania hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 687—692.) 31, 730.

Holtermann, C., Ein Beitrag zur Sublimatintoxikation von der Scheidenschleimhaut aus. (Univ.-Frauenklin., Münster i. W.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 38, S. 2133—2137.) 35, 411.

Houweninge Graftdijk, C. J. van, Trypaflavin in der Wundbehandlung. (Nederlandsch maandschr. v. geneesk. Jg. 18, Nr. 5, S. 249—262.) (Holländisch.) 33, 497.

Jachnič, Zur Frage über die Dosierung des Rivanol bei seiner intravenösen Einverleibung. (Zbornik trudov fakultetskoj terapevtičeskoj kliniki Voronežskovo Universiteta [Prof. Filossofov], S. 82—87.) (Russisch.) **36**, 344.

Jacobovici und M. Roth, Experimentelle und klinische Untersuchungen über die antiseptische Lösung nach Professor Pamfil. (Clin. chir., univ., Cluj.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 1/2, S. 24—28.) (Rumänisch.) **31**, 852.

Jones, W. Ray, Acriflavine as an internal urinary antiseptic. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 10, S. 577—581.) **35**, 615.

Ivarsson, Robert, Die „Aseptik" im Alltagsbetrieb in den Operationssälen der chirurgischen Klinik zu Lund. (Chir. Klin. u. bakteriol. Inst., Univ. Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 4/5, S. 299—334.) **33**, 299.

Kessler, Adolf, Über das Verhalten des Yatrens im Organismus. (Inst. f. Schiffs- u. Tropenkrankh., Hamburg.) (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **29**, H. 8, S. 380 bis 387.) **33**, 639.

Kioer, Sven, Mercurochrom 220. Bemerkungen über die bactericiden Eigenschaften und die Anwendbarkeit des Präparats in der Klinik. (Københavns amts sygehus, Frederiksberg.) (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. 39, S. 928—936 u. Nr. 40, S. 937 bis 944.) (Dänisch.) **34**, 341.

Klein, Paul, Vorsicht bei der Anwendung von Spiritusverbänden. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 3, S. 111.) **31**, 429.

Kompanzev, N., Die Wirkung des Rivanols auf die Gefäße. (Turkestanskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Bd. 4, Nr. 4, S. 221—227.) (Russisch.) **34**, 219.

Konrich, Über die desinfizierende Kraft verschieden vergällten 70prozentigen Alkohols und des „Desinfex". (Reichsgesundheitsamt, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 42, S. 1733—1734.) **34**, 556.

Kornmann, N., und N. Korabelnikov, Über ein neues antiseptisches Chlorpräparat — „Pantosept". (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12. bis 15. IX. 1924. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**, 556.

Krechel, Ferdinand, Über Verchon, ein neues Desinfektionsmittel. (Marienkrankenh. Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 6, S. 235.) **31**, 353.

Kreisinger, Vladimír, Besredkas Filtrat in der Chirurgie. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 33, S. 1195—1198.) (Tschechisch.) **33**, 299.

Kuroda, Tsuruji, Die Oberflächenwirkung der Silbersalze — als Kolloidphänomen mikroskopisch dargestellt. (Zahnärzt. Inst., Osaka.) (Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. **41**, H. 1, S. 96—110.) **31**, 852.

Lahey, Frank H., and Robert L. Mason, Oil sterilization of edged instruments. (Lahey clin., Boston.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 2, S. 226—228.) **32**, 810.

Laskownicki, Stanislaw, Untersuchungen über die Tiefendesinfektion durch die Umgebung infizierter Wunden bei Mäusen. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 11, S. 243—246.) (Polnisch.) *

Lemierre, A., Notes sur l'emploi de la trypaflavine dans le traitement des infections graves. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 49, S. 471—476.) **34**, 128.

Litzner, Exitus nach intravenöser Kollargolinjektion. (Bemerkung zu obiger Arbeit in Nr. 1, 1925 dieser Wochenschr.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 6, S. 229.) **32**, 810.

McNair, James B., and Andrew M. Neff, Dermatitis from dichloramin-M (Methyldiphenylmethyldichloramin). (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 3, S. 166—167.) **31**, 852.

Mahnert, Alfons, Experimentelle Studien über die Wirkung der Preglschen Jodlösungen (Presojod und Septojod). (Univ.-Frauenklin., Graz.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 40, S. 1078—1081.) **34**, 216.

Martens, M., Zur Behandlung akuter Eiterungen. (Krankenh. Bethanien, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 4, S. 134—137.) **31**, 354.

Mendl, Roland, Chirurgische Sterilisation mit Formoldämpfen. (Spit. central, Cernauti.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 11/12, S. 468—472.) (Rumänisch.) **35**, 12.

Michelsson, F., Über die Verwendung der Preglschen Jodlösung in der Chirurgie und Gynäkologie. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **1**, H. 4, S. 110—114.) *

Nakamura, Suneo, Vergleichende Experimente mit örtlicher Behandlung infizierter Hautwunden einerseits mit Trypaflavin, andererseits mit Anfrischung der Wundränder nach Friedrich. (Inst. f. Infektionskrankh. „Robert Koch", Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **187**, H. 2, S. 330—339.) **34**, 13.

Neergaard, K. v., Experimentelles zur intravenösen Silbertherapie. IV. Mitt.: Die Silberionenkonzentration beim Vorgang der Desinfektion in physiologischem Milieu. (Med. Klin., Univ. Basel.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 3/4, S. 143 bis 163.) *

Neve, Ernest F., Carrel's treatment and electrolytic chlorine as an antiseptic. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 6, S. 264—265.) 34, 556.
Nisniewitsch, L., und T. Schiperowitsch, Zur Frage über die Anwendung von Tanninwasserlösungen zur Desinfektion der Hände und des Operationsfeldes. (Bemerkung zu den Abhandlungen von Korabelnikoff und Pokotillo in dieser Zeitschrift, Nr. 23 und Nr. 36, 1924.) (Chir. Klin. u. Inst. f. Geschwulstbehandl., I. Univ. Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 15, S. 799—800.) 32, 5.
Nodake, R., Einige Versuche zur Gewebsantisepsis bei Staphylokokkeninfektionen. (Städt. hyg. Univ.-Inst., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 1, Bd. 95, H. 5/6, S. 289—294.) *
Pamfil, G. P., und Ernest Both, „Ozonogen" Jakobovici-Pamfil (antiseptische Lösung). (Laborat. de chim. farmac., inst. farmac., Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 1/2, S. 19—24.) (Rumänisch.) 31, 852.
Peritz, Edith, Zur intraperitonealen Rivanolbehandlung. (Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 18, S. 664—665.) 32, 6.
Perthes, Zur Frage der Alkoholvergällung. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßbericht, S. 510 bis 514.) 31, 656. 33, 497.
Perthes, G., Die Frage der Vergällung des Alkohols vorläufig erledigt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 49, S. 2753—2754.) 36, 733.
Perthes, G., Noch einmal die Alkoholvergällung. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 6, S. 292.) *
Petrow, N., Über die tiefenantiseptische Rivanolbehandlung bei fortschreitenden Formen der eitrigen Entzündung. (Chir. Klin., med. Inst., Leningrad.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 8, S. 359—361.) 31, 658.
Pfab, Bruno, Die keimtötende Fernwirkung der Metalle bzw. Metallsalze und ihre Bedeutung für die Wundbehandlung. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 5, S. 575—581.) 35, 473.
Piper, Edmund B., A summary of the present status of the intravenous use of mercurochrome. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 3, S. 371—374 u. 422—425.) 35, 472.
Pokotilo, V. L., Noch einiges zur Frage über die Desinfektion der Hände des Chirurgen. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, S. Nr. 32, 603—605.) (Russisch.) 35, 724.
Pokotilo, W., Der Gebrauch wässeriger Tanninlösung zur Händedesinfektion. (Chir. Fak.-Klin., Odessa.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 107—109.) (Russisch.) 35, 275.
Pokotilo, W., und A. Babskij, Über Formolanwendung bei der chirurgischen Händedesinfektion. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, Jekaterinoslaw, 12.—15. IX. 1924, S. 44—46.) (Russisch.) 34, 407.
Popescu, Traian, Einige Betrachtungen über die Sterilisation von Spritzen und Nadeln. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 11/12, S. 451—452.) (Rumänisch.) *
Puppel, E., Verwendung von Jodonascin beim Puerperalfieber. (Frauenklin., Jablonski, Jena.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 9, S. 479—481.) 32, 6.
Rauch, Experimentelle Untersuchungen über Händedesinfektion. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir. Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 656.
Reinmöller, Matthäus Max, Instrumentenkunde, Aseptik, Antiseptik. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 5, S. 362—378.) *
Ritter, Carl, Zur Resorption wasserlöslicher Stoffe im blutleeren Gewebe. (Evang. Krankenh., Düsseldorf.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15. bis 18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 381—395.) 33, 497.
Roller, W., Über die Erfahrungen mit Cuprokollargol „Heyden". (St. Josef- Krankenh., Potsdam.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 13, S. 515—516.) 31, 853.
Rosenstein, Paul, Pleura-Empyem und Rivanol. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 12, S. 544—548.) 31, 851.
Rütz, A., Infizierte Beugesehnennaht am Finger mit Rivanol geheilt. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 14, S. 503.) 31, 851.
St. George, A. V., Treatment of sepsis with mercurochrome-220 soluble. Report of necropsies in five cases. (Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 26, S. 2005—2008.) 34, 281.
Salghini, Livio, Il liquido del Calot nella cura delle lesioni cutanee. I. Generalità. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 23, S. 530—533.) 34, 13.
Salghini, Livio, Il liquido del Calot nella cura delle lesioni cutanee. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 24, S. 555—561.) 33, 498.
Sattler, Eugen, Über Rivanol-Behandlung. (Preßburger chir. Klin. i. St. Stefan-Spit., Budapest.) (Zeitschr. f. Immunitätsforsch. u. exp. Therapie Bd. 45, H. 1, S. 81 bis 85.) 34, 340.

Sawicki, B., Tetanus und Asepsis des Operationssaales. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 3, S. 110—111.) (Polnisch.) *

Schnitzer, R., Zur chemotherapeutischen Biologie der Mikroorganismen. V. Über die scheinbare Arzneifestigkeit hämolytischer Streptokokken gegenüber Rivanol. (Inst. f. Infektionskrankh. „Robert Koch", Berlin.) (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. **104**, H. 3, S. 506—517.) **88**, 226.

Schnitzer, R., Die Grundlagen der Chemotherapie der Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßh. I. Teil, S. 35—55.) *

Schubert, Kurt, und Karl Richter, Einiges über den Chemismus der bactericiden Wirkung von Phenolen. Vorl. Mitt. (Zentralbl. f. Bakteriol., Parasitenk. u. Infektionskrankh., Abt. 2, Bd. **66**, Nr. 1/7, S. 11—16.) **85**, 308.

Schum, H., Erfahrungen mit Staphylo-Yatren in der kleinen Chirurgie. (Polizeikrankenh., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 38, S. 1594—1597.) **88**, 158.

Scontrino, Alberto, L'etere nelle laparotomie non asettiche. (Ricerche sperimentali.) (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Roma.) (Arch. di ostetr. e ginecol. Bd. **12**, Nr. 4, S. 145—185.) **88**, 271.

Senge, Therapeutische Erfahrungen mit Sulfoliquid und Sulfofix in der Wundtherapie und Dermatologie. (Fortsch. d. Med. Jg. **48**, Nr. 13, S. 184—185.) **88**, 158.

Smits, J. C. J. C., Pyoktanin als Antisepticum. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Indië Bd. **65**, H. 3, S. 340—344.) (Holländisch.) **88**, 22.

Sonntag, Erfahrungen mit Albertan in der kleinen Chirurgie. (Chir.-Poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 1, S. 26.) **81**, 144.

Sonntag, Fortschritte in der Desinfektion. (Chir.-Poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 9, S. 689—698.) (Spanisch.) *

Takáts, G. de, Chemotherapy with rivanol. (Surg. clin., univ., Budapest.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 79—91.) **88**, 157.

Tinker, Martin B., and H. B. Sutton, The efficiency and inefficiency of certain skin antiseptics. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 4, S. 640—645.) **85**, 140.

Todd, A. T., Experimental and clinical investigation of mercurochrome. (Lancet Bd. **209**, Nr. 20, S. 1017—1019.) **85**, 141.

Türschmid, Wilhelm, Über die Farbenantiseptik in der Chirurgie. (Allg. Krankenh., Nowy Targ [Polen].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 7, S. 352—354.) **81**, 426.

Vainstein, N., Die Behandlung septischer Erkrankungen mittels Elektrargol. (Snegirev-Frauenklin., Leningrad, Prof. L. L. Okinčitz.) (Festschr. z. 25jähr. Amtsjubiläum v. Prof. L. L. Okinčitz, Leningrad, S. 206—209.) (Russisch.) **87**, 232.

Veraart, Bernardus Antonius Gerardus, Über Antisepsis als Ursache für aseptischen Wundverlauf. (Amsterdam: H. J. Koersen 1925. XVI, 192 S.) (Holländisch.) **88**, 782.

Wienecke, Hans, Erfahrungen mit Presojod und Septojod in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 44, S. 2482—2488.) **85**, 275.

Yardin, Note sur les liquides antiseptiques chlorés préparés avec des produits industriels. (Journ. de pharmacie et de chim. Bd. **2**, Nr. 4, S. 141—142.) **88**, 497.

Young, Hugh H., The treatment of infections, general, local, and urinary with the intravenous injection of mercurochrome. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 1, S. 97—104.) **82**, 130.

Naht und Nahtmaterial, Verschiedenes.

Beck, Paul, Das „partielle Wasserbett". (Ein Wasserbettersatz.) (Spit. d. israelit. Kultusgem., Wien.) (Fortschr. d. Med. Jg. **43**, Nr. 6, S. 71—74.) **82**, 697.

Berg, L. M. van den, Kontrolle von Nahtmaterial. (Alg. prov. stadsen acad. ziekenh., Groningen.) (Ziekenhuis Jg. **16**, Nr. 8, S. 75—82.) (Holländisch.) **83**, 460.

Bland-Sutton, John, On faith in ligatures. (Brit. med. journ. Nr. **3384**, S. 823 bis 826.) **84**, 12.

Blumberg, Catgutsparverfahren. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **81**, 656.

Chandler, George F., Fish line sutures. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 19, S. 1487.) **84**, 12.

Collins, A. N., and F. Ritz, Tracing infections in a surgical service. (Minnesota med. Bd. **8**, S. 181.) **83**, 638.

Cosacescu, A., Die Drainage mit Gummischwamm. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 8, S. 779—780.) (Rumänisch.) **83**, 300.

Freemann, L., Concerning wound infection and the use of rubber sponges in the closure of dead spaces, faecal and urinary fistulae, etc. (Colorado med. **22**, S. 164.) **33**, 639.

Gusselnikowa, E. P., Bakteriologische Prüfung der Catgutsterilisation mit Joddampf nach Ssitkowskijs Methode. (Bakteriol. Inst., Mittelasiat. Univ., Taschkent, Prof. A. D. Grekoff.) (Turkestanski medizinski žurnal Jg. **4**, Bd. **4**, Nr. 3, S. 163 bis 167.) (Russisch.) **33**, 299.

Hans, Hans, Die Spezialisierung der Finger des Chirurgen. (Ein Beitrag zur Händedesinfektion.) (St. Petrus-Krankenh., Barmen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 8, S. 303.) **31**, 507.

Holz, Wilhelm, Ein Beitrag zur Catgutersparnis bei Unterbindungen. (Städt. Krankenh. Deggendorf a. d. Donau.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 22, S. 1188 bis 1189.) **32**, 652.

Ivarsson, Robert, Die „Aseptik" im Alltagsbetrieb in den Operationssälen der chirurgischen Klinik zu Lund. (Chir. Klin. u. bakteriol. Inst., Univ. Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 4/5, S. 299—334.) **33**, 299.

Kirschner, M., Zur Hygiene des Operationssaales. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 39, S. 2162—2165.) **33**, 289.

Larkin, Charles L., A new drain and its application to pelvic drainage. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 278.) **32**, 696.

Liot, A., Préparation et stérilisation des catguts. (Ann. d'hyg. publ., industr. et soc. Bd. **3**, Nr. 5, S. 262—275.) **33**, 460.

Liot, A., Préparation et stérilisation des crins de Florence. (Ann. d'hyg. publ., industr. et soc. Bd. **3**, Nr. 5, S. 297—304.) **32**, 325.

Metodi di analisi del materiale di medicatura e di sutura. (III. congr. internaz. di med. e farm. milit., Parigi, 24. IV. 1925.) (Giorn. di med. milit. Jg. **73**, H. 6/7, S. 319 bis 327.) **34**, 12.

Meynen, F. G., Method of tying a square knot. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 8, S. 579—580.) **33**, 157.

Potârca, I., und Gh. Botez, Betrachtungen über das Anlegen des Klebeschutzverbandes mit Kollodium in der aseptischen Chirurgie im Frieden und im Kriege. (Rev. sanit. milit. Jg. **24**, Nr. 3, S. 113—118.) (Rumänisch.) *

Reichert, Frederick Leet, and Emile Holman, The fate of the sutures as observed in intestinal anastomosis and in the healing of wounds. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **36**, Nr. 3, S. 212—221.) **32**, 443.

Sullivan, W. J., One-handed surgical knot. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 1, S. 8—9.) **31**, 431.

Instrumente, Apparate, Verbände.

Allgemeines.

Boeminghaus, H., Über die Befestigung des suprapubischen Blasendrains. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 18, S. 967—969.) **33**, 569.

Bumpus jr., Hermon C., and William F. Braasch, A simple table for cystoscopy and roentgenography. (Sect. of urol., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 2, S. 247—250.) **32**, 813.

Busse, Hermann, Neue Art eines Gummischlauches zu Drainagezwecken (D.R.P. angemeldet). (Landkrankenh., Fulda.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 42, S. 2348 bis 2349.) **33**, 569.

Fohl, Th., „Staubfreie Kork-Zinkleim-Lagerungskissen" zur Osteotomie. (Krankenh. St. Georg, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 28, S. 1547—1548.) **32**, 815.

Greenberg, Geza, A new improved urological table. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 2, S. 251—256.) **32**, 813.

Hasselrot, Sten., Eine Kritik der Blumbergschen Catgutersparnismethode. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 7, S. 363—365.) **32**, 79.

Miller, Charles C., Copper wire screen as a filigree and as a metal implant. (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 3, S. 164—167.) **32**, 78.

Apparate.

Alsberg, Adolf, Ein einfacher Klumpfußosteoclast. (Alsberg's chir.-orthop. Privatklin. u. Heilst., Lindenberg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 4, S. 582—584.) **31**. 906.

Beck, Paul, Das „partielle Wasserbett". (Ein Wasserbettersatz.) (Spit. d. israelit. Kultusgem., Wien.) (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 6, S. 71—74.) 32, 697.

Beer, Edwin, Demonstration of Dr. Beer's suprapubic drainage cup. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 110—112.) 37, 719.

Beresnegovskij, N., Ein neuer Apparat für die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. (Prothesen-Inst., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk, S. 44—47.) (Russisch.) 38, 10.

Berkow, Samuel Gordon, An automatic transfusion apparatus made from an ordinary ear douche. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 9, S. 529—530.) 33, 863.

Bleichsteiner, A., Über Gaumenobturatoren. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 23, H. 9, S. 786—796.) 33, 875.

Chessin, W. R., und M. Pampuloff, Ein einfacher Apparat für Überdruckoperationen. (Chir. Klin., Moskau.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 238 bis 243.) (Russisch.) *

Conwell, H. Earle, Flexo-extensometer. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 710—711.) 32, 327.

Delitala, F., Gli apparecchi ortopedici. (Bologna: L. Cappelli 1925. 300 S. L. 50.—.) *

Eaves, James, and Paul Campiche, Demonstration of apparatus for the reduction and treatment of fracture of the femur. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 279—280.) 31, 433.

Ferguson, L. K., A body rest for maintaining patients in prone position following intracranial operations. (Dep. of neurosurg., hosp. of the univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 687 bis 688.) 33, 864.

Fialip, Demonstration d'un appareil pour injections sous-cutanées d'oxygène dénommé oxy-injecteur du Dr. Fialip. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 23, S. 960—963.) *

Fohl, Th., „Mayo-Tubus" ein wertvolles Hilfsmittel zur Inhalationsnarkose. (Krankenh. St. Georg, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1256—1257.) 32, 812.

Forsbeck, Filip C., Running bow line tourniquet. (State of Wisconsin gen. hosp., univ. of Wisconsin, Madison.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 13, S. 974.) 33, 863.

Frostell, Gunnar, Universalapparat für aktive und Widerstandsgymnastik. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 10, S. 299—305.) (Schwedisch.) 32, 168.

Glass, E., Prothesen- und Stützkissen für Mammaamputierte. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 7, S. 351—352.) 31, 433.

Gründung, Die — der Prüfungs- und Beratungsstelle für medizinische Apparate und Instrumente in Wien durch den Niederösterreichischen Gewerbeverein, ein Komitee von Ärzten, Industriellen und Fachmännern des technischen Versuchswesens und das Staatliche Technische Versuchsamt. Hrsg. v. Techn. Versuchsamt. (Wien u. Leipzig: Moritz Perles 1925. 35 S. RM. 1.20.) 32, 812.

Haselhorst, G., Unsere Erfahrungen mit dem Bluttransfusionsapparat nach Dr. Beck. (Chir. Univ.-Klin., Krankenh. Eppendorf, Hamburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 35, S. 1961—1963.) 33, 159.

Jahr, Rudolf, Kürzere Lampen für Cystoskope. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 10, S. 721.) 33, 863.

Kosiński, Demonstration einer Pinzette eigener Konstruktion zur Nahtknüpfung ohne Zuhilfenahme der Finger. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 127—129.) (Polnisch.) *

Kosokabe, H., New esophagoscope for a flat foreign body. (Univ.-hosp., Sapporo, Japan.) (Arch. of oto-laryngol. Bd. 2, Nr. 5, S. 458—459.) *

Kurlander, J. J., Orthopedic wrench. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 16, S. 1179.) 32, 78.

Langworthy, Mitchell, A new traction frame and caliper for fractured femurs. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 125—132.) 31, 215.

Lavandera, Miguel, A camera for cystophotography. (French hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 5, S. 112.) *

Lewis, W. B., and E. F. Boehm, A simple method of eliminating danger of explosion due to static spark in gas-oxygen apparatus. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 19, S. 1417—1418.) 32, 328.

Long, John, An anterior metatarsal support. (Med. times Bd. 53, Nr. 9, S. 216 u. 234.) 37, 143.

McDonald, Ellice, An improved and simple operating mask. (Graduate school, univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 13, S. 947.) 31, 905.

Mamant, Dimitriu, Ein praktischer Heißluftapparat zur häuslichen Behandlung traumatischer Gelenkerkrankungen und ihrer Folgen. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 6/7, S. 318—320.) (Rumänisch.) *

Metzger, Marcel, Nouveau modèle de porte-jambes. (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 1, S. 31—32.) **32**, 168.

Müller, Oskar, Infusionsstativ am Krankenbett zu befestigen. (Stadtkrankenh., Zittau.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 31, S. 1284.) **32**, 814.

Natannsen, Hugo, Selbsttätiger Irrigatorverschluß zur Infusion. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 26, S. 1427—1428.) **32**, 490.

Palazzi, Silvio, Kranio-faciale Traumen bei Boxern und Kieferschutzapparat. (Inst. f. Zahnheilk. u. Zahnprothetik, Univ. Pavia.) (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 23, H. 10, S. 873—882.) **33**, 564.

Pearlman, Louis M., A method of using suction and spray apparatus by the bedside. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 11, S. 277.) **33**, 863.

Pfab, Bruno, Bemerkungen zur Arbeit: „Über das partielle Wasserbett" (ein Wasserbettersatz) von Dr. Paul Beck. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 315—317.) **33**, 465.

Rocco, J. B., Einige Bemerkungen zur praktischen Verwendung der Zuppinger-Apparate. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 3, S. 56—57.) **31**, 215.

Schäffer, F., Universal-Pendelapparat für Hand- und Fingergelenke. (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 29, H. 6, S. 257—258; Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 11, S. 441.) **31**, 660. **31**, 906.

Smith, Lemuel D., A knee straightening device. (Children's hosp., Boston.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 206—211.) **32**, 168.

Soresi, A. L., A new instrument for transfusion of whole blood. (Greenpoint hosp., Brooklyn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 8, S. 591—592.) **31**, 615.

Zur Verth, Orthopädische Schuhe, Pneumette und Emser Pneumatica in der Senkfußbehandlung. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 4, S. 131.) **31**, 336.

Prothesen.

Böhm, Wege und Abwege des Prothesenbaus in den letzten 10 Jahren. (Zeitschr. f. Krüppelfürs. Bd. 18, H. 5/6, S. 70—74.) *

Brodsky, J. A., Die Prothesierung der armlosen Invaliden nach Sauerbruch. (Vestnik sovremennoj mediciny Jg. 1, Bd. 1, Nr. 5, S. 7—11.) (Russisch.) **35**, 529.

Glasewald, H., Stelz-Kunstbein auch für Unterschenkelstümpfe, eine Ergänzung und Verbesserung. (Orthop. Versorgungsst., Allenstein.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 753—757.) **33**, 160.

Görlach, Statischer Aufbau von Kunstbeinen. (19. Kongr. d. Dtsch. Orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih. S. 298—301.) *

Görlach, Rudolf, Lotaufbau, statischer Aufbau von Kunstbeinen, eine Synthese als Beitrag zur Notwendigkeit der Einführung objektiver Maß-, Arbeits- und Prüfverfahren in die orthopädische Heiltechnik. (Inst. f. orthop. Heiltechnik, Jena.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 697—715.) **33**, 160.

Hoffmann, Ludwig, Erfahrungen mit Kunstgliedern bei Landarbeitern. (Ärztl. Monatsschr. Jg. 1925, Nov.-H., S. 321—339.) **33**, 864.

Hohmann, Georg, Über die orthopädische Einlage. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 27, S. 1118—1121.) **32**, 696.

Kaplan, L. P., Anforderungen an Prothesen. (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau 3.—8. Mai 1924. S. 724. Leningrad 1925.) (Russisch.) *

Latkowski, Eine bewegliche künstliche Hand nach der Kruckenbergschen Operation. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 119.) (Polnisch.) *

Little, E. Muirhead, A new method of fitting artificial leg sockets. (Brit. med. journ. Nr. 3385, S. 896—897.) **33**, 864.

Paloque, P. U. M., et E. Estor, La prothèse du membre supérieur. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 169—184.) **31**, 660.

Pürckhauer, R., Das Schede-Habermann-Bein und die Indikationen zur Verabreichung desselben. (Orthop. Versorgungsst., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 44, S. 1885—1886.) **33**, 865.

Putti, V., Protesi antiche. (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 495—526.) *

Rosenfeld, Leonh., Normalisierung und Typisierung von Kunstgliedern. (Ärztl. Monatsschr. Jg. 1925, Okt.-H., S. 289—295.) **33**, 865.

Sattler, Jenö, Amputation und Prothese. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 35, S. 799—802.) (Ungarisch.) **33**, 223.

Scharff, Die Lebensdauer der künstlichen Beine. (Zugleich Bemerkungen zu der gleichnamigen Arbeit von Dr. Diehl im Novemberheft 1924 der Ärztlichen Monatsschrift.) (Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. **31**, Nr. 11, S. 144—146.) *
Tagliavacche, N., Provisorische Behelfs-Prothese. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 3, S. 113—114.) (Spanisch.) **33**, 465.
Tregubov, Stumpf und Prothese. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseit. Ukraine Charkov, Bd. **2**, S. 104.) (Russisch.) *
Vastine, A. B., Oral surgical prothesis. (Dep. of oral surg., George F. Geisinger mem. hosp., Danville.) (Atlantic med. journ. Bd. **29**, Nr. 1, S. 18—19.) *
Wette, Fritz, Sekundäre Schädigungen durch Tragen von Prothesen. (Orthop. Versorgungsst., Köln.) (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, September-H., S. 262 bis 271.) **33**, 364.
Wette, Fritz, Erfahrungen über Prothesen bei Industriearbeitern. (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, Okt.-H., S. 296—304.) **35**, 144.
Wierzejewski, Demonstration einer künstlichen Hand, gebaut von Fischer im Institut von Biesalski in Berlin. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. **4**, S. 120.) (Polnisch.) **34**, 560.
Wirth, W. H., Lebensdauer der Kunstbeine und Statistik. Bemerkungen zum Artikel „Lebensdauer der Kunstbeine" im Novemberheft der Ärztlichen Monatsschrift. (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, April-H., S. 112—115.) **32**, 79.
Żemčužny, A. A., Arbeitsprothesen. (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 728—732.) (Russisch.) **35**, 477.
Zur Verth, M., Kunstglied und Absetzung von Gliedmaßen. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. **16**, S. 765—770.) **32**, 228.

Instrumente.

Ansinn, Otto, Eine neue Nadel zur Transfusion und Infusion. (Kreiskrankenh., Demmin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 30, S. 1238—1239 u. Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 38, S. 2119.) **32**, 812.
Ashhurst, Astley, P. C. Removal of screws and plates after insertion in bone. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 2, S. 528—531.) **32**, 78.
Bensaude, R., Un dispositif très simple pour faire de l'électro-coagulation au cours des endoscopies des voies digestives. (Soc. de gastro-entérol., Paris, 11. V. 1925.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. **5**, S. 458—459.) *
Biener, Lothar, Eine neue Ligatursonde. (Stephani-Spit., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 42, S. 2552.) **33**, 464.
Boulanger, L., Laveur métallique à brise-jet et robinet fermant automatiquement pour lavages de l'urètre, de la vessie et autres cavités. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. **5**, S. 432—437.) **33**, 570.
Boulanger, L., Sonde béquille en gomme à coudure variable. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 5, S. 437.) **33**, 570.
Boulanger, L., Explorateur souple à boule modifiée explorateur cylindro-conique pour le diagnostic des rétrécissements larges. (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. **3**, S. 236 bis 237.) **34**, 611.
Bugbee, Edwin P., Suturing instrument. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. **2**, S. 169 bis 172.) **32**, 77.
Butterfield, P. M., A new double catheterizing cystoscope for use in infants and children. (Dep. of urol., James Buchanan Brady found., hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 493—495.) **32**, 813.
Carter, R. Franklin, A negative pressure syringe for local and regional anesthesia. (Anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 6, S. 370—374.) **34**, 681.
Chetwood, Charles H., An instrument for diathermy in urology. (French hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 5, S. 111—112.) **33**, 571.
Cooney, John D., A cystoscopic unit. (French hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 5, S. 110—111.) **33**, 570.
Davis, Edwin, An automatic cystoscopic irrigating apparatus. (Dep. of urol., univ. of Nebraska coll. of med., Omaha.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. **5**, S. 569 bis 573.) **33**, 570.
Degenhardt, Hans, Nagelextension mit aseptisch bleibendem perforierenden Nagel. (Städt. Krankenh., Wiesbaden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 30, S. 1648 bis 1649.) **32**, 815.
Denman, Peyton R., A new instrument in splanchnic anesthesia. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 16, S. 1179.) **32**, 78.

Dreyer, Johannes, Über ein neues, selbsthaltendes hinteres Scheidenspeculum. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 19, S. 1039—1049.) **32**, 696.

Eastman, Joseph Rilus, Compression of arteries with curved rubber-covered forceps in the treatment of aneurism. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 12, S. 451—453.) **34**, 841.

Eggston, Andrew A., and John A. Moran, A new stopcock for direct blood transfusion. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 3, S. 148—150.) **32**, 327.

Farr, Robert Emmett, A simple method of connecting a glass syringe and plunger. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 708—709.) **32**, 695.

Feinblatt, Henry M., A simple apparatus for blood transfusions. (United Israel Zion hosp., Brooklyn.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 3, S. 143.) **33**, 463.

Feinblatt, Henry M., An instrument utilizable for various operations: Blood transfusion, hypodermoclysis, intravenous infusion, phlebotomy and withdrawal of fluids from body cavities. (Clin. laborat., United Israel Zion hosp., Brooklyn.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 6, S. 870—872.) *

Finochietto, Ricardo, Rectosigmoideoskopie. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 16, S. 853 bis 854.) (Spanisch.) **32**, 328.

Fontaine, Bryce W., An improved cannula and trocar for use in paracentesis abdominis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 16, S. 1179.) **32**, 78.

Friend, Emanuel, New liver grasping forceps. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 19, S. 1416.) **32**, 327.

Frisch, Otto, Zur Verwendung der Schömannschen Extensionszange. (Rudolfinerhaus, Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 668—674.) **33**, 301.

Glass, E., Kurze Mitteilung zur Arbeit von E. Zweifel: Eine mehrzinkige Wundrandklammer. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 4, S. 188.) **31**, 214.

Graham, A. J., Submucosa dissector. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 709.) **32**, 490.

Guttmann, Eugen, Ein neues, selbsthaltendes, im Inneren der Scheide fixierbares Speculum für Untersuchungs-, Behandlungs- und Operationszwecke. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 40, S. 1666—1667.) **33**, 464.

Guttmann, Eugen, Ein neues Messer für Scheidenoperationen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 2152.) **34**, 342.

Haebler, H., Leuchtinstrumente für Urologie, Chirurgie und Gynäkologie. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 31, S. 1283—1284.) **34**, 343.

Hager, B. H., An improved application of the use of renal fluoroscopy at the operating table. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 16, S. 1222.) **34**, 559.

Haglund, Patrik, Osteotomiemeißel. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 13, S. 680.) **31**, 659.

Hantcher, Un écarteur puissant pour écarter les deux moitiés du thorax séparées par la sternotomie médiane. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 6, S. 85—86.) **31**, 431.

Joseph, Eugen, Eine Verbesserung des Operationscystoskops. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 10, S. 524—525.) *

Joseph, Eugen, Verbesserung des cystoskopischen Instrumentariums (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 322—329.) *

Jüngling, O., Bluttransfusion von Vene zu Vene mittels der dreiläufigen Spritze „Rotanda“. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 44, S. 2475 bis 2478.) **33**, 463.

Kidd, Frank, Note on a cystoscope of new type. Designed for the application of diathermy to bladder tumours. (London hosp., London.) (Lancet Bd. **209**, Nr. 25, S. 1282—1283.) **36**, 94.

Kirschner, M., Zur Technik der Knochennaht. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 849—852.) **31**, 905.

Knowles, J. R., A new nail drill. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 26, S. 1256.) **32**, 695.

Kölliker, Neuer Wundhaken. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 293.) **32**, 166.

Korbsch, Roger, Über ein neues Gastroskop. (Elisabeth-Krankenh., Oberhausen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 4, S. 129.) **31**, 905.

Kovács, F., Neuer chirurgischer Nadelhalter zum Arbeiten in der Tiefe. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 61.

Kreutzmann, Henry A. R., An improved knif for Young's prostatic punch. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 3, S. 311—312.) **34**, 559.

Krische, Friedrich, Expulsornadel zur Entleerung von Pleuraexsudaten durch Ausblasen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 6, S. 233—234.) **32**, 78.

Labry, R., et J. Rollet, Instrumentation et technique de l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 4, S. 500—509.) **34**, 560.

Leschke, Erich, Glaszwischenstück für Rekordspritzen zur intravenösen Injektion. (II. med. Klin., Charité, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 11, S. 524.) **31**, 906.

Lilienthal, Howard, A guillotine für dividing the first rib in paravertebral thoracoplasty. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 838—839.) **35**, 308.

Linberg, B. E., Neues Schloß für Osteosynthesis. (Chir. Fakultätsklin., Staatsuniv., Smolensk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 30, S. 1640—1642.) **33**, 159.

Molt, William, A ligature set for tying blood vessels in the pharynx and other deep cavities. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 11, S. 853—854.) *

Moorhead, John J., An electric cable driven bone instrument. (Dep. of traum. surg., New York post-graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 18, S. 1333—1334.) **32**, 327.

Nussbaum, A., Zylindersäge. (Chir. Klin., Univ. Bonn.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 39, S. 2176—2177.) **33**, 301.

Orsós, Eugen, Über stromerzeugende Knochennähte. (Chir. Klin., Univ., Debreczen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 19, S. 1014—1016.) **32**, 166.

Orsós, Jenö, Die stromerregende Eigenschaft der Knochennähte aus gemischtem Metall. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 23, S. 543—544.) (Ungarisch.) **32**, 490.

Pagliere, Luis E., Improvisiertes Instrumentarium zur cystoskopischen Entfernung einer Haarnadel aus der Blase. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 7, S. 165 bis 168.) (Spanisch.) *

Pedersen, Victor Cox, New ureteral dilators and catheters. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 6, S. 671—674.) **36**, 94.

Pflaumer, Eduard, Verbesserte Lampen für kleinkalibrige Cystoskope. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 4, S. 273.) **32**, 490.

Printy, Emmet A., Four new general operating instruments. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 15, S. 1115—1116.) **32**, 695.

Ragusa, Biagio, Catetere ad assorbimento capillare per le operate di fistola vescicovaginale. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Roma.) (Clin. ostetr. Jg. 27, H. 9, S. 407 bis 409.) **35**, 726.

Reinfeldt, Erwin, Das Instrumentarium der konservierenden Zahnheilkunde und Wurzelbehandlung im 16.—18. Jahrhundert. (Dissertation: Erlangen 1925.) *

Reinmöller, Matthäus Max, Instrumentenkunde, Aseptik, Antiseptik. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 5, S. 362—378.) *

Rose, D. K., A visual prostatic punch. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 109.) **34**, 342.

Samengo, Luis, Neues Instrument zum Nähen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 28, S. 57 bis 64.) (Spanisch.) **33**, 159.

Savignac, Roger, Instrumentation rectoscopique. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 48, S. 441 bis 444.) **34**, 34.

Serra, A., Gli apparecchi gessati. (Bologna: L. Cappelli 1925. L. 40.—.) *

Sinclair, Maurice, A bone and plate clamp. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 45, Nr. 4, S. 298—299.) **33**, 464.

Smeth, Jean de, Modification à la sonde de Philips. (Scalpel Jg. 78, Nr. 25, S. 581 bis 583.) **33**, 301.

Sofoteroff, S., Zur Technik der Knochennaht. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 17, S. 927—930.) **32**, 166.

Souttar, H. S., A new form of ligature needle. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 565.) **31**, 904.

Stoll, Henry F., Transfusion cannula with stopper. Multiple syringe-cannula method without an assistant. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 13, S. 974.) **33**, 569.

Symonds, Charters, An account of the short tube for the treatment of stricture of the œsophagus. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 2, S. 141—146.) **32**, 813.

Telson, David R., An automatic chisel. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 25, S. 1969.) **34**, 343.

Tenckhoff, Instrumentarium für Eigenblutbehandlung. (I. chir. Univ.-Klin., Bürgerhosp., Köln.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 10, S. 400.) **31**, 659.

Thorndik jr., Augustus, The Key model tongs for skeletal traction. A description and a case report. (Surg. serv. children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 18, S. 835—838.) **32**, 327.

Tobias, José W., Die Duodenalsonde nach Escudero. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 389—391.) (Spanisch.) **34**, 559.

Tolson, Howard L., An electrode for use with Young's punch. Diathermy as a supplement to the prostatic punch operation. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 1, S. 63 bis 65.) **34**, 342.

Weidinger, Emil, Über die Punktionskanüle bei der Anlegung des künstlichen Pneumothorax vom Standpunkte der Verhütung übler Zufälle. (Wilhelminenspit., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 40, S. 2217—2221.) **34**, 558.

Zweifel, Erwin, Eine mehrzinkige Wundrandklammer. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 4, S. 187—188.) **31**, 214.

Verbände, Schienen.

Altkaufer, Henryk, „Durchsichtige" Verbände nach chirurgischen Eingriffen. Vorl. Mitt. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 8, S. 345—346.) (Polnisch.) *

Andler, R., Modifikation der Klammerextension nach Schmerz. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 754—755.) **31**, 905.

Beasley, George F., The use of adhesive plaster. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 18, S. 1335—1336.) **32**, 696.

Borchers, E., Eine einfache Schiene für die Aufrechterhaltung der Streckstellung bei spastisch kontrahierten Oberschenkeln. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 1, S. 18.) **31**, 8.

Borchgrevink, O., Die Drahtextension. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 627—645.) **31**, 256.

Botez, C. Gheorghe, Betrachtungen über den aseptischen Adhäsiv-Okklusiv-Kollodium-Verband nach Generalstabsarzt D. J. Potârcă. (Spit. milit. „Regina Elisabeta", serv. II. chir., Bukarest.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 1, S. 20—24.) (Rumänisch.) **31**, 658.

Chatzkelsohn, Benjamin, Bewegliche Hospitalextensionsschiene für Frakturen der oberen Extremität. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 32, S. 1773—1778.) **32**, 814.

Davis, John Staige, and Herbert F. Traut, The use of the seasponge as a surgical dressing. (Surg. dep., Johns Hopkins univ. med. dep. a. hosp., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 6, S. 946—956.) **36**, 250.

Debrunner, Hans, Schräge Fersenunterlage. (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 751—752.) **33**, 161.

Demel, Rudolf, Die Einheitsschiene der Klinik Eiselsberg zur Behandlung der Unter- und Oberschenkelbrüche. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 32, S. 1766—1773.) **32**, 814.

Eckkardt, Hellmut, Die Anwendung des Gegentuberhaltes bei orthopädischen Erkrankungen. (Oskar-Helene-Heim, Berlin-Dahlem.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 136—143.) **33**, 464.

Ewald, C., Schienenapparat zur Behandlung von Oberarmfrakturen. (Bemerkungen zur Veröffentlichung von Moszkowicz.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 47, S. 1264.) **34**, 61.

Fischer, Ernst, Die elastischen Plattfußeinlagen. (St. Stephansspit., Pest.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 9, S. 351—352.) **31**, 660.

Galland, Walter J., A system of adhesive strapping for static disorders of the foot. (Hosp. f. joint dis. a. Lenox Hill hosp. dispens., New York.) (Americ. journ. Bd. 39, Nr. 2, S. 43—45.) **31**, 639.

Geelen, F., Eine kleine, vielleicht praktische Abänderung des gebräuchlichen Streckverbandes bei Beinbrüchen. (Nederlandsch. tidschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 12, S. 1341—1342.) (Holländisch.) **33**, 302.

Grzywa, Norbert, Eine Universalbeinschiene nach Braunschem Prinzip. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch-Ind. Bd. 65, H. 5, S. 540—545.) **34**, 821.

Guyot et Rouvillois, Appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (XXXIV. congr. franç. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 84, S. 1400—1402 u. Nr. 85, S. 1404—1416.) **34**, 549.

Jepson, Paul N., A splint for abduction, traction and suspension in fracture of the humerus. (Sect. on orthop. surg. Mayo clin. Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 9, S. 674—675.) **32**, 327.

Jepson, Paul N., An arthroplasty splint. (Sect. on orthop. surg., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 512.) **33**, 464.

Ingaramo, Carlo, Apparecchio per cura delle fratture dell'arto superiore. (Sez. chir., osp. magg. di S. Gio. Batt., Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 414—424.) **32**, 814.

Jordan, H., Pneumette oder starre Einlage? Zu dem Aufsatz von E. Stern in Nr. 11. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 17, S. 702 bis 703.) **32**, 168.

Kopits, Eugen, Omegaschiene. Eine neu konstruierte Gipsschiene zur Fixation des oberen Halsteiles der Wirbelsäule und der Hinterhauptsgelenke. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 545—550.) **32**, 815.

Kopits, Jenö, Neue Gipsschiene zur Fixation der oberen Partie der Halswirbelsäule und der suboccipitalen Gelenke. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 6, S. 108—109.) (Ungarisch.) **31**, 659.

Landry, Benedict B., A modification of theclavicular cross. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 566.) **32**, 489.

Lewin, Philip, A simple splint for baseball finger. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 14, S. 1059.) **33**, 863.

Lilienthal, Howard, Elastic adhesive plaster. (Mt. Sinai a. Bellevue hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 9, S. 227—229.) **33**, 301.

Moll, Leopold, Über die Anwendung eines Hohlverbandes als Impfschutzverband, Brustwarzenschutzverband, Nabelschutzverband usw. (Reichsanst. f. Mutter u. Säuglingsfürs., Wien.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 47, S. 1762—1765.) *

Moszkowicz, Ludwig, Distraktionsschienen für Ober- und Unterarmfrakturen. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 45, S. 1207—1209.) **34**, 343.

Petco, Eugen v., Zur Frage der Extensionsbehandlung. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 3, S. 373—378.) **31**, 660.

Ranschin, A. T., Ein einfaches, billiges und leicht zugängliches Mittel gegen Decubitus. (Milit. Hosp., Almatinks [Gb. Semiretschensk.]) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 6, S. 152.) (Russisch.) **35**, 4.

Renesse, Hans von, Eine „Glutaeusbandage". (Orthop. Anst., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **28**, H. 5, S. 749—750.) **33**, 161.

Ripert et Roederer, Comment appareiller une paralysie radiale? (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 5, S. 485—491.) **34**, 387.

Rogge, Ein Einheitsverband für Beinbrüche. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 39, S. 1642.) **33**, 464.

Rynkiewicz, S. H., A simple appliance for fractured clavicle. (Nesbitt West Side hosp., Kingston, Pa.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 24, S. 1890.) **34**, 343.

Salinger, Samuel, An adjustable splint for fractures of the nose. (Illinois med. journ. Bd. **48**, Nr. 4, S. 304—306.) **34**, 343.

Salwén, Gottfrid, Streckvorrichtung zur Frakturbehandlung. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 7, S. 210—216.) (Schwedisch.) **31**, 905.

Schilcher, E., Ein neuartiges Bruchband für Leistenbrüche, besonders geeignet für Hodenbrüche. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 18, S. 729 bis 730.) **32**, 328.

Siemens, Hermann Werner, Über Heftpflasterdermatitis. II. Mitt. (Haut- u. Poliklin., Univ. München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 32, S. 1323 bis 1325.) **33**, 629.

Silberstein, S., „Funktionelle" weiche Stoffprothesen im Dienste der Therapie paralytischer Deformitäten im Kindesalter. (Orthop. Abt., Inst. f. Physiatrie u. Orthop., Moskau.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 550—554.) **33**, 161.

Smith, I. R., An adjustable splint. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 105 bis 106.) **32**, 489.

Smith, Lemuel D., Hip flexion deformity and extension frame for its correction. (Children's hosp., Boston.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 724 bis 729.) **32**, 686.

Spannaus, Karl, Praktische Neuheit auf dem Gebiete der Extensionsbehandlung. (Thür. Landkrankenh., Sondershausen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 15, S. 801.) **31**, 905.

Stern, E., Über pneumatische Fußeinlagen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 11, S. 441—443.) **31**, 906.

Winter, James E., A new method of preparing Delbet splints. (Serv. dr. Astley P. C. Ashurst, Episcopal hosp., Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 21, S. 1570.) **32**, 489.

Yü, S. C., Die Rauchfusssche Schwebe zur Behandlung der Spondylitis. (Krankenh. zu St. Georg, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 48, S. 2706 bis 2707.) **33**, 863.

Zur Verth, Senkfußschlinge. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 310 bis 312.) **32**, 79.

Strahlentherapie.

Radium- und Mesothoriumstrahlen.

Backer, P. de, und F. Derom, Über Krebsrückgang nach Radium und X-Strahlenbehandlung. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, S. 95—103 u. Nr. 7, S. 115—125.) (Flämisch.) 32, 748.

Bayet, A., La radiumchirurgie au congrès de Londres (Juillet 1925). (Cancer Jg. 2, Nr. 3, S. 108—121.) *

Desplats, Mes cent premiers cas de cancer traités par les radiations de courte longueur d'ondes. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 29. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 6, S. 390—397.) 34, 892.

Eckstein, A., Über die Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 20, S. 953—959.) 33, 29.

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. (Röntgendiagnostik, Röntgen-, Radium- und Lichttherapie.) Hrsg. v. H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling und H. Martius. Bd. 1. (Leipzig: Georg Thieme 1925. VI, 748 S. u. 3 Taf. RM. 45.—.) 32, 443.

Herrenschmidt, André, Le laboratoire et la biopsie; leurs rapports avec la chirurgie et la curiethérapie. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 23, S. 863—870.) 33, 35.

Herwerden, M. A. van, I. Umkehrbare Gelbildung in der lebenden Zelle. II. Veränderung der Protoplasmapermeabilität durch Radiumbestrahlung. (Laborat. v. embryol. en histol., rijksuniv., Utrecht.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, S. 1217—1222.) (Holländisch.) 32, 401.

Jaloustre, Le cérium et le thorium en thérapeutique. (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 27, S. 764—767.) 34, 19.

Lacassagne, Ant., Coup d'œil sur l'état actuel de la thérapeutique interne par les corps radioactifs. (Laborat. Pasteur, inst. du radium, Paris.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 6, S. 133—137.) *

Loeb, L. Farmer, und Marie Wreschner, Versuche über die Beeinflussung des Carcinoms durch β-Strahlen. Vorl. Mitt. (Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin, u. Kaiser Wilhelm-Inst. f. physikal. Chem. u. Elektrochem., Berlin-Dahlem.) (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 30, H. 1, S. 25—26.) 32, 700.

Mayo, W. J., The relative values of surgery and radiotherapy. (Minnesota med. 8, S. 7.) 32, 274.

Simons, Albert, Die Behandlung chronischer eiternder Fisteln mit Thorium X. (Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 3, S. 109. 31, 221.

Simons, Albert, Unsere Erfahrungen bei der Behandlung chronischer Fisteleiterungen mit Thor-X-Stäbchen. (Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 30, H. 4, S. 166—170.) 33, 421.

Tománek, Ferd., und Miloslav Ort, Radiumbehandlung chirurgischer Leiden. (Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 47, S. 1696—1698.) (Tschechisch.) 34, 18.

Vanýsek, F., Sympathektomie durch Radiumemanation. (II. interne klin., univ., Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 11, S. 413—415.) (Tschechisch.) 31, 858.

Williams, Charles Mallory, and Eugene F. Traub, The radium treatment of vascular nevi. (Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 6, S. 375—383.) *

Radium. Allgemeines und Technisches.

Altmann, Vladimir, Über eine Modifikation der bisherigen Anwendungsweise des Radiums in der Tiefentherapie. Vorl. Mitt. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 2, S. 70—71.) *

Bayet, A., General principles of radium-surgery. (Arch. of radiol. a. electrotherapy) Bd. 30, Nr. 303, S. 368—372.) 34, 417.

Burrows, Arthur, The treatment of tumours of the skin by radium alone or in combination. (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 300, S. 269—275 u. Nr. 301, S. 304 bis 321.) 34, 629.

Capelli, Luigi, Radiumterapia. (Roma: Luigi Pozzi 1925. IV, 150 S. 18 L.) *

Cole, A. M., The use of X-ray and radium in superficial malignancies. (Röntgen- und Radium-Behandlung oberflächlicher bösartiger Geschwülste.) (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 17, Nr. 3, S. 71—76.) 37, 863.

Failla, G., A new method of intratumoral irradiation. (Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electro-therapy] Bd. 80, Nr. 304, S. 420—421.) 34, 229.
Field, C. Everett, Intravenous application of radium. (Americ. med. Bd. 31, Nr. 7, S. 435—437.) 35, 801.
Finzi, N. S., The use of radium in combination with X-rays and surgery. (Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. 30, Nr. 304, S. 430 bis 432.) 34, 485.
Hayes, Maurice R. J., A review of a number of cases treated by radium in the year 1924. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 40, S. 214—225.) *
Jonquiéres, Eduardo J., Radiumbehandlung des Krebses der Haut und der Öffnungen der mit Schleimhaut bekleideten Hohlräume. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 121, S. 104—118.) (Spanisch.) 34, 418.
Itchikawa, Curiegraphie de tumeurs expérimentales par injection intra-veineuse de sérum chargé d'émanation de radium chez le lapin. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 4, S. 193—195.) 32, 576.
Laborde, Simone, La curiethérapie des cancers. (Paris: Masson et Cie. 1925. XI, 333 S. Frcs. 27.—.) 34, 138.
Laborde, Simone, La curiethérapie des cancers de la peau. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 9, S. 385—397.) 34, 418.
Noguer, Moré, Die Hauptursachen des Versagens der Radiumtherapie bei Hautcarcinom. (Acad. y soc. cient., Barcelona, 25. V. 1925.) (Med. ibera Bd. 20, Nr. 401, S. 29—31.) (Spanisch.) *
Ranson, John R., Radiation methods in the treatment of malignancies. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 7, S. 257—263.) 34, 628.
Sluys, Tendances actuelles en curiethérapie. (Appareils de gammathérapie profonde pour tumeurs étendues aux territoires lymphatiques.) (Inst. du radium, univ., Bruxelles.) (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 2, S. 75—83.) 34, 571.
Sluys, Tendances actuelles en curiethérapie. Appareils de gammathérapie profonde. (Scalpel Jg. 78, Nr. 24, S. 553—563.) *
Wahl, H. R., Tissue changes following radium and X-ray therapy. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 6, S. 387—391.) *
Werner, Richard, Über die Abgrenzung von Röntgenstrahlen und Radium in der Behandlung maligner Tumoren. (Med. germano-hispano-americ. Jg. 2, Nr. 10, S. 732—736.) (Spanisch.) 33, 267.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen des Kopfes.

Bloodgood, J. C., Excision of a V-shaped piece of the lower lip versus Roentgen-ray or radium treatment. (Radiology Bd. 4, Nr. 1, S. 60—62.) 32, 404.
Glassman, I., Adenosarcoma of the right tonsil cured by radium emanation seeds. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 2, S. 86—87.) *
Peycelon, Néoplasme de la langue traité par l'exérèse ganglionnaire et la radiumthérapie. Guérison depuis deux ans. (Soc. nat de méd. et des sciences méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 26, S. 784—786.) *
Regaud, Cl., Sur la curiethérapie des épithéliomas de la langue et de leurs adénopathies secondaires. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 41, S. 296—299.) 33, 704.
Regaud, Cl., Über die Radiumtherapie der Zungenkrebse und ihrer sekundären Drüsenerkrankungen. (Pasteur-Laborat., Radium-Inst., Univ. Paris.) (Strahlentherapie Bd. 21, H. 1, S. 73—80.) 33, 869.
Regaud, Cl., On curietherapy of the epitheliomata of the tongue and of their following adenopathy. (Pasteur laborat., radium inst., univ., Paris.) (Brit. journ. of radiol. [arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. 30, Nr. 303, S. 361—367.) 35, 280.
Robinson, G. Allen, Radium treatment of neoplasms of the upper air passages. (Manhattan eye, ear a. throat hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 4, S. 248—251.) 31, 281.
Roussy, Gustave, A propos du traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (Folia neuropathol. estoniana Bd. 3/4, S. 402—408.) 31, 814.
Simpson, Frank Edward, The treatment of cancer of the tongue by the implantation of bare glass tubes containing radium emanation; with a report of 30 cases. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 1, S. 5—7.) 35, 537.
Verger, G., Traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethérapie. (Paris: Gaston Doin 1925. 202 S.) 34, 229.
Verger, G., Le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethérapie. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 11, S. 1150—1201.) 34, 418.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Schilddrüse und Thymus.

Loucks, R. E., Radium treatment of thyrotoxicosis. (Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 473 bis 479.) **33**, 421.

Milani, Eugenio, La radioterapia del morbo di Flajani-Basedow. (31. congr., soc. ital. di med. interna, Roma, 26.—29. X. 1925.) (Folia med. Jg. **11**, Nr. 23, S. 917 bis 920.) **34**, 696.

Scal, J. Coleman, Report of a series of hypertrophied thyroids treated with radium. (Beth Israel hosp., New York.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 12, S. 745 bis 747.) **34**, 891.

Stovin, Joseph S., Observations on the effect of radium on the parathyroids. (Beth Israel hosp., New York.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 12, S. 747—748.) **34**, 891.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen des Larynx.

González Diaz, Röntgen- und Radiumbehandlung mit oder ohne Diathermo-Elektro-Koagulation des Krebses und anderer maligner und benigner Tumoren des Larynx. (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. **16**, Nr. 1, S. 45—54.) (Spanisch.) **33**, 35.

Robinson, G. Allen, Radium treatment of neoplasms of the upper air passages. (Manhattan eye, ear a. throat hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 4, S. 248—251.) **31**, 281.

Salinger, Samuel, Radium emanation in carcinoma of the larynx. (Arch. of otolaryngol. Bd. **1**, Nr. 3, S. 286—295.) **33**, 199.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Mamma.

Duncan, Rex M., and Edwin D. Ward, The treatment of breast cancer. (Los Angeles: Radium a. oncol. inst. 1925. 5 S.) *

Nabias, de, et Hufnagel, Le traitement du cancer du sein par le radium. (Cancer Jg. **2**, Nr. 1, S. 3—20.) **34**, 484.

Neill, William, A Case illustrating the value of radium in recurrent carcinoma of the breast. (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 343—344.) **33**, 644.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen des Oesophagus.

Chuiton, Le Couteur et Kergrohen, Application de la curiethérapie et de la radiothérapie dans cinq cas de cancer de l'œsophage. (Arch. d'électr. méd. Jg. **33**, Nr. 508, S. 34—38.) **33**, 167.

Cornioley et Gilbert, Carcinome de l'œsophage avec sténose complète. Radiumthérapie par la méthode de Slouys et Ledoux. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 8, S. 790—797.) **34**, 229.

Greene, D. Crosby, Results of treatment of carcinoma of the esophagus by the combined use of radium emanations and the deep Roentgen ray. Report of sixteen patients treated at the Massachusetts general hospital and the Huntington memorial hospital. (Arch. of otolaryngol. Bd. **1**, Nr. 1, S. 51—57.) **32**, 575.

Mills, R. Walter, and John H. Kimbrough, Cancer of the esophagus treated with radium. Statistical review of sixty-seven cases. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 3, S. 247—249.) **32**, 357.

Novák, F. V., Radiumtherapie des Oesophagus-Carcinoms. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 44, S. 1584—1588.) (Tschechisch.) **34**, 419.

Schempp, Erich, Zur Radiumbestrahlung des Oesophaguscarcinoms. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 16, S. 648—649.) **33**, 35.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen des Magendarmkanals.

Backer, P. de, und F. Derom, Krebs des Enddarms und Radiumtherapie. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. **6**, Nr. 4, S. 68.) (Flämisch.) **32**, 84.

Case, James T., Suggestions regarding radium treatment of rectosigmoid carcinoma. (Battle Creek sanit., Battle Creek, Mich.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 6, S. 547—550.) **34**, 684.

Montague, J. F., Preliminary report upon a new treatment of hemorrhoids, by radium implantation. (Rectal clin., univ., a. Bellevue hosp. med. coll., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 7, S. 164—166.) **32**, 576.

Oppert, M., La curithérapie du cancer du rectum. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 18, S. 503 bis 505.) **32**, 276.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Harnorgane.

Barringer, B. S., Radium removal of carcinoma of the bladder. (Mem. hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 2, S. 131—147.) 32, 230.

Watson, Ernest M., An improved technique for the application of radium to massive tumours involving the base of the bladder. (Dep. of urol., New York state inst. f. the study of malignant dis., New York.) (Bull. of the Buffalo gen. hosp. Bd. 3, Nr. 3, S. 72—75.) *

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane.

Bumpus jr., Hermon C., Radium and Roentgen ray in the treatment of sarcoma of the prostate. (Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 519 bis 538.) 35, 884.

Dean jr., Archie L., The treatment of teratoid tumors of the testis with radium and the x-ray. (Dep. of urol., mem. hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 2, S. 149—174.) 32, 498.

Kogan, Hypertrophie de la prostate et radium. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 23 bis 28.) 32, 498.

Radiumbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Parache, Radiumbehandlung des Uteruskrebses. (Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3708, S. 4 bis 6.) (Spanisch.) *

Rud, Einar, Blutuntersuchungen bei Kranken mit Krebs des Collum uteri während der Radiumbehandlung. (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Dez.-H., S. 523—530.) (Dänisch.) *

Verschiedenes.

Lazarus, Paul, Die Radium-Mesothoriumbehandlung der Lymphogranulome. (St. Marienkrankenh., Berlin.) (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 13, S. 388 bis 390.) 32, 654.

Simons, Albert, Die Behandlung chronischer eiternder Fisteln mit Thorium X. (Univ.Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 3, S. 109.) 31, 221.

Simons, Albert, Unsere Erfahrungen bei der Behandlung chronischer Fisteleiterungen mit Thor-X-Stäbchen. (Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 30, H. 4, S. 166—170.) 33, 421.

Vanýsek, F., Belebung der Arterien bei Endarteriitis obliterans durch Subcutangaben von Radiumemanation. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 21, S. 809—811.) (Tschechisch.) 32, 449.

Röntgenstrahlen.

Allgemeines und Biologisches der Röntgenstrahlen (*siehe auch Technisches S. 278 und Röntgenbehandlung der Geschwülste, Allgemeines S. 321*).

Acker, E. van, Histologische Veränderungen nach Bestrahlungen. (Gynaekol. laborat., univ., Gent.) (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 23/24, S. 377.) (Flämisch.) 32, 748.

Beck, A., Die Bedeutung und die Probleme der Strahlentherapie in der Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen der Kieler Chirurgischen Klinik. (Strahlentherapie Bd. 19, H. 2, S. 199—260.) 31, 663.

Béclère, A., L'érythème cutané et la dose dite d'érythème en radiothérapie. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 6, S. 275—283.) 32, 496.

Bensaude, Solomon et Oury, Action des rayons de Roentgen sur la sécrétion gastrique. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 115, S. 36 bis 39.) 32, 172.

Brachetto-Brian, Domingo, Biologische Grundlagen der Radiotherapie der malignen Tumoren. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 27, S. 25—29.) (Spanisch.) 33, 264.

Brummer, K., Über den Einfluß kurzwelliger (Röntgen-) Strahlen auf die Permeabilität der Haut. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dermatol. Zeitschr. Bd. 45, H. 3/4, S. 170—174.) *

Brustein, S. A., Neue Experimente auf dem Gebiete der biologischen Wirkung strahlender Energie. (Physiotherap. Inst. u. staatl. Inst. f. ärztl. Ausbild., Leningrad.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 4, S. 356—360.) (Russisch.) *

Cavina, Giovanni, Osservazioni istologiche su di un caso di linfosarcoma cervico-mediastinico trattato con la Röntgenterapia. (III. sez. chir., osp. magg., Bologna.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 5, S. 122—243.) 32, 357.

Dieterich, W., und F. Rost, Über das Verhalten der Magen- und Darmsekretion bei Röntgenbestrahlung. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Strahlentherapie Bd. 20, H. 1, S. 108—112.) 33, 30.

Eckstein, A., Über die Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 20, S. 953—959.) 33, 29.

Fried, C., Bactericidie nach Röntgenbestrahlung. (Städt. Krankenh., Worms a. Rh.) (Strahlentherapie Bd. 21, H. 1, S. 56—72.) 33, 868.

Gambarov, G., Zur Frage der sogenannten Reizwirkung der Röntgenstrahlen. (Gynäkol. Klin., Univ. Tiflis.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 6, S. 311 bis 328. (Russisch.) 36, 294.

Glocker, R., und E. Kaupp, Über den Strahlenschutz und die Toleranzdosis. (Röntgenlaborat., techn. Hochsch., Stuttgart.) (Strahlentherapie Bd. 20, H. 1, S. 144 bis 152.) 33, 701.

Groedel, Franz M., und Fritz Klopfer, Gesetzbuch und ärztlicher Röntgenbetrieb. (Berlin: Julius Springer 1925. 57 S. RM. 2.40.) 32, 652.

Haxthausen, H., Invisible changes in the x-radiated skin. An experimental study. (Finsen phototherap. inst., Copenhagen.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 499—506.) 33, 265.

Hallheimer, S., und H. R. Schinz, Der Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Indophenolblauoxydasen im Gewebe und in Leukocyten. (Chir. Klin., Univ. Zürich.) Strahlentherapie Bd. 20, H. 2, S. 331—341.) 33, 868.

Hintze, Das klinische Bild der Röntgenstrahlenwirkung auf die Haut und ihre Unterlagen bei chirurgischen Erkrankungen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 662.

Holfelder, Hans, Kritische Betrachtungen zum gegenwärtigen Stand der strahlentherapeutischen Forschung. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 10, S. 366—368.) 31, 813.

Holfelder, Hans, Die geeignete, zeitliche Verteilung der Röntgendosis „Das Problem" in der Strahlentherapie. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 647—662.) 31, 907.

Jolly, J., Leucocytes et rayons X. (Laborat. d'histol., école des hautes études, coll. de France, Paris.) (Strasbourg méd. Bd. 2, Nr. 19, S. 25—28.) 34, 682.

Lacassagne, Ant., Coup d'œil sur l'état actuel de la thérapeutique interne par les corps radioactifs. (Laborat. Pasteur, inst. du radium, Paris.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 6, S. 133—137.) *

Lysholm, Erik, Apparatus for precise radiography. (Roentgen inst., Serafimer hosp., Stockholm.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 507—511.) *

Markovits, Emmerich, Beitrag zur experimentalbiologischen Strahlenforschung des Krebses. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Strahlentherapie Bd. 21, H. 1, S. 81—90.) *

Moynihan, Berkeley, The Mackenzie Davidson memorial lecture on the relationship of radiology and surgery. (Brit. med. journ. Nr. 3367, S. 47—51.) *

Milani, Eugenio, Alterazioni radiografiche e istologiche dello scheletro osseo per irradiazione sperimentale del timo. (Arch. di radiol. Jg. 1, H. 1, S. 1—6.) 32, 653.

Müller, Otfried, Über das Verhalten der Hautcapillaren im röntgenbestrahlten Gebiet. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Siedamgrotzki in Heft 1, Bd. 19 der Strahlentherapie. (Strahlentherapie Bd. 19, H. 3, S. 607—608.) 33, 88.

Rosenthal, Josef, Praktische Röntgenphysik und Röntgentechnik. 2. umgearb. Aufl. (Leipzig: J. A. Barth. IV, 256 S.) *

Siedamgrotzky, Kurt, Über das Verhalten der Hautcapillaren im röntgenbestrahlten Gebiet. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 1, S. 84 bis 123.) 31, 590.

Valenti, Alessandro, L'irradiazione omogenea degli organi profondi. (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 7, S. 425—431.) *

Wahl, H. R., Tissue changes following radium and X-ray therapy. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 6, S. 387—391.) *

Wood, Francis Carter, A survey of Roentgen therapy. (St. Luke's hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 263—275.) 33, 30.

Technisches.

Balli, Ruggero, L'architettura radiografica dello scheletro umano. (Modena: U. Orlandini 1925. 67 S. L. 25.—.) *

Barclay, A. E., The history and future of British radiology. (Brit. journ. of radiol. Bd. **21**, Nr. 82, S. 3—20.) *

Bucky, Gustav, und Pleikart, Röntgendurchleuchtung im erhellten Raum. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 47, S. 2001—2002.) **35**, 682.

Carman, R. D., Technical aids in the Roentgenological demonstration of lesions high in the stomach and on the posterior wall. (Radiology Bd. **4**, Nr. 1, S. 33—39.) **32**, 353.

Clark, L. H., On the measurement of X-ray intensity by ionisation methods. (Physics dep., Middlesex hosp., London.) (Brit. journ. of radiol. Bd. **21**, Nr. 82, S. 21—28.) *

Finzi, N. S., Some development in deep radio-therapy. (Brit. journ. of radiol. Bd. **21**, Nr. 83, S. 67—79.) **32**, 356.

Glasscheib, Die Beseitigung der Sekundärstrahlen durch die bewegliche Potter-Bucky Blende. (Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. **30**, H. 5, S. 215—222.) **33**, 266.

Groedel, Franz M., und Heinz Lossen, Schutzmaßregeln gegen elektrische Unfallschäden in modernen Röntgenbetrieben. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 13, S. 465—466.) **32**, 270.

Hartung, Adolph, Advances in Roentgenology during the last twenty years. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 466—471.) *

Holfelder, Hans, Kann eine weitere Steigerung der Ausmaße im Bau von Röntgenapparaturen in bezug auf die sekundäre Stromspannung für die medizinische Tiefentherapie oder in bezug auf die sekundäre Stromstärke für die medizinische Röntgendiagnostik noch von Nutzen sein? (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 1, S. 76—80.) **31**, 510.

Holfelder, Hans, Kritische Betrachtungen zum gegenwärtigen Stand der strahlentherapeutischen Forschung. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 10, S. 366—368.) **31**, 813.

Kalkbrenner, H., und H. Küstner, Untersuchungen an Röntgendosimetern. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 303 bis 324.) **34**, 130.

Klein, J. und G. H. Klövekorn, Eine neue Filtersicherung bei der Röntgentherapie. (Univ.-Hautklin., Bonn.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 42, S. 1782.) **35**, 144.

Köhler, Alban, Zur Technik der Röntgenaufnahmen mit Bucky-Blende. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 21, S. 858—860.) *

Manning, Wm. J., Roentgenographic gastro-colonic meter. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 12, S. 500—502.) **36**, 493.

Müller, Otto, Die medizinische Röntgentechnik. (Die Technik der Elektromed. in Einzeldarstellungen. H. 5/6.) (Leipzig: Hachmeister & Thal 1925. 80 S. RM. 2.40. **32**, 867.

Oehlecker, F., Einheitliche Bezeichnung der Diapositive zu Projektionszwecken. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 13, S. 676—679.) *

Palmieri, Gian Giuseppe, Metodi personali di Röntgenterapia. L'irradiazione indiretta. Il diffusore. Il filtro a compensazione. L'ingrandimento artificiale del campo. (Clin. med. e istit. radiol., univ., Bologna.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 251—274.) **32**, 575.

Pierson, J. W., Fundamental principles of roentgen therapy. (Roentgenol. dep., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 10, S. 715 bis 717.) *

Proust, R., et R. Coliez, Des moyens d'améliorer la pénétration en profondeur des rayons X et des rayons du radium. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 6, S. 126—133.) **31**, 515.

Rahm, Hans, Beitrag zur Lösung des Problems von der homogenen Durchstrahlung. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 16, S. 754—756.) **32**, 275.

Rahm, Hans, Die Röntgenspektrographie. Ihre physikalischen Grundlagen und ihre Anwendung in der medizinischen Praxis. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2, S. 209—229.) **33**, 197.

Röntgen-Literatur, Die —, V. Tl. 1918, 1919, 1920 und 1921. Autoren- und Sachregister Patentliteratur. Hrsg. v. Hermann Gocht. (Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. XXIV, 459 S. RM. 30.—.) *

Rosenthal, Josef, Praktische Röntgenphysik und Röntgentechnik. 2. umgearb. Aufl. (Leipzig: J. A. Barth. IV, 256 S.) *

Sgalitzer, Röntgenuntersuchung schwer transportabler Patienten im Krankenzimmer. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 660.

Sgalitzer, Max, Röntgenuntersuchung schwer transportabler Patienten auf dem Krankenzimmer. (Röntgenlaborat., I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 32, S. 1778—1782.) **33**, 87.

Soiland, Albert, A radiological retrospect. (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 328—330.) *

Stenström, Wilhelm, Walter L. Mattick and Bernard F. Schreiner, A practical method for applying X-rays 120—150% of the skin dose to the tumor without injury to the skin. (With case reports.) (State inst. f. the study of malignant dis., Buffalo.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 347—356.) **33**, 199.

Röntgenschädigungen.

Appelrath, Hans, Zur Kasuistik der Röntgencarcinome. (Strahlentherapie Bd. 20, H. 3, S. 576—580.) *

Babcock, W. Wayne, Injuries to nerves from surgical treatment of diseases of the face and neck. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 187—193.) **32**, 176.

Bruni, Gaetano, Alterazioni intratoraciche consecutive ad applicazione intensiva di raggi Röntgen. (Osp. magg., Milano.) (Clin. med. ital. Jg. 56, Nr. 5, S. 462 bis 465.) **34**, 409.

Czepa, Alois, Kein Röntgenkater mehr! Bemerkungen zur gleichlautenden Arbeit von Priv.-Doz. Dr. E. Zweifel in Heft 4, Bd. 18 der Strahlentherapie. (Kaiserin Elisabeth-Spit., Wien.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 3, S. 601—605.) **33**, 87.

Debédat, X., Ulcères de Roentgen anciens dégénérés, guéris par la méthode de Bordier. (Hôp. St. André, Bordeaux.) (Arch. d'électr. méd. Jg. 33, Nr. 512, S. 231 bis 233.) **34**, 682.

Desjardins, Arthur U., Pleuropneumonitis following X-ray treatment, and diffuse metastasis to the lungs from cancer of the breast. (Sect an radium a. Roentgenray therapy, Mayo clin., Rochester.) (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 265—272.) **33**, 368.

Doub, Howard P., A. Bolliger and F. W. Hartman, Immediate metabolic disturbances following deep Röntgen-ray therapy. A preliminary report of an experimental and clinical study. (Dep. of roentgenol. a. pathol., Henry Ford hosp., Detroit.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 1, S. 54—64.) **31**, 511.

Fabry, Joh., Behandlung einer schweren Röntgenverbrennung der Hände mit Radium und Doramadsalbe. (Städt. Krankenanst., Dortmund.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 40, S. 1498.) **34**, 408.

Flaskamp, Wilhelm, Über Lokal- und Allgemeinschädigungen des menschlichen Körpers durch Röntgenstrahlen und radioaktive Substanzen. (Univ.-Frauenklin., Erlangen.) (Ber. über d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. sowie deren Grenzgeb. Bd. 6, H. 1/2, S. 1—11, H. 8, S. 417—431, 1924 u. Bd. 8, H. 5/6, S. 225—262 u. H. 7/8, S. 353—383.) **33**, 366.

Gram, Chr., Myxödem (Hypothyreoidismus) nach Basedowscher Krankheit (Hyperthyreoidismus) infolge exzessiver Röntgenbehandlung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 51, S. 1128—1130.) (Dänisch.) **34**, 300.

Glocker, R., und E. Kaupp, Über den Strahlenschutz und die Toleranzdosis. (Röntgenlaborat., Techn. Hochsch., Stuttgart.) (Strahlentherapie Bd. 20, H. 1, S. 144 bis 152.) **33**, 701.

Groedel, Franz M., Hans Liniger und Heinz Lossen, Materialiensammlung der Unfälle und Schäden in Röntgenbetrieben. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Erg.-Bd. 36, H. 1, S. 1—70.) **31**, 853.

Groedel, Franz M., und Heinz Lossen, Schutzmaßregeln gegen elektrische Unfallschäden in modernen Röntgenbetrieben. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 13, S. 465—466.) **32**, 270.

Guy, Un cas d'intoxication mortelle par le sulfate de baryum avec autopsie. (49. sess., assoc. franç. pour l'avancement des sciences électrol. et radiol. méd., Grenoble. 27. VII.—1. VIII. 1925.) (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 9, S. 402 bis 405.) **33**, 640.

Harms, Claus, Entwicklungshemmung der weiblichen Brustdrüse durch Röntgenbestrahlung. (Henriettenstift, Hannover.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 3, S. 586 bis 588.) **33**, 30.

Holzknecht, Kurze Demonstration über Radikalbehandlung der Röntgenhände. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 92.) **34**, 408.

Hunt, Franklin L., Barium sulphate as a protective material against Roentgen radiation. (Nat. bureau of standards, U. S. dep. of commerce, Washington.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 6, S. 524—528.) **34**, 408.

Lankhout, J., Anaemia aplastica perniciosa infolge von Röntgenstrahlen. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 25, S. 2789—2790.) (Holländisch.) **34**, 131.

Loughborough, G. T., Acute X-ray burns. (Brit. journ. of radiol. [Journ. of the Röntgen soc.] Bd. 21, Nr. 84, S. 134—140.) *

McArthur, L. L., Injurious influence of the use of the ultraviolet ray on old x-ray burns. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 97—98.) **82**, 576.

Markò, Dezsö, Strahlenschutz mit Tubuswirkung auf die Röntgenlampe montiert. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 5, S. 91—93.) (Ungarisch.) **82**, 79.

Matas, Rudolph, Remarks on the delayed or remote appearance of X-ray burns after long periods of latency. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S. 37—40.) **82**, 271.

Meyer, P. S., Über Schutzmittel gegen Ultraviolettlicht und Röntgenstrahlen. (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. **30**, H. 6, S. 261—270.) **84**, 290.

Miescher, G., Zur Klinik und Pathogenese der Röntgenspätschädigungen der Haut. (Dermatol. Klin., Univ. Zürich.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 49, S. 1111 bis 1118.) *

Mutscheller, A., Physical standards of protection against Röntgen-ray dangers. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S. 65—70.) **81**, 511.

Myerson, M. C., Case report: Peculiar condition of the upper respiratory tract following X-ray treatment of cervical adenitis. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 703 bis 705.) **84**, 822.

Pfahler, George E., Electrocoagulation or desiccation in the treatment of keratoses and malignant degeneration which follow radiodermatitis. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S. 41—48.) **82**, 656.

Podestà, Vittorio, Studi sperimentali sulle lesioni intestinali da raggi X nella applicazione della radioterapia profonda intensiva. (Istit. di radiol. e di elettroterap., univ., Genova.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. 4, S. 201—216.) **82**, 271.

Porter, Charles A., The surgical treatment of Roentgen-ray lesions. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S. 31—37.) **81**, 277.

Rahm, Hans, Über Röntgenspätschädigungen. (Erwiderung auf die Kritik des Herrn Dr. Schulte-Recklinghausen anläßlich des Referats der Arbeit gleichen Titels.) (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Strahlentherapie Bd. **20**, H. 1, S. 213—214.) **88**, 420.

Rejsek, Joseph, Un cas rare de rupture de la vessie au cours de cystoradiographie. (Clin. chir. du prof. Kukula, Prague.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 5, S. 382 bis 387.) **35**, 915.

Samuel, Max, Über Strahlenschädigungen. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 31, S. 1296—1297.) *

Schwarz, G., Kein Röntgenkater mehr! Bemerkungen zu dem gleichnamigen Artikel von E. Zweifel in Heft 4, Bd. 18 der „Strahlentherapie". (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 3, S. 606.) **83**, 87.

Sievert, Rolf M., Einige Untersuchungen über Vorrichtungen zum Schutz gegen Röntgenstrahlen. (Acta radiol. Bd. **4**, H. 1, S. 61—75.) *

Veiel, Fritz, Die Behandlung von Röntgengeschwüren mit warmen Breiumschlägen. (Veielsche Heilanst. f. Hautkranke, Cannstatt.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 28, S. 1356—1357.) **83**, 368.

Wolbach, S. Burt, A summary of the effects of repeated Roentgen-ray exposures upon the human skin, antecedent to the formation of carcinoma. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 2, S. 139—143.) **82**, 84.

Wolfer, John A., Chronic ulcerations on the dog's stomach produced by X-ray. (Laborat. of surg. a. physiol., Northwestern univ. med. school, Chicago.) (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. **23**, Nr. 1, S. 45—47.) **84**, 221.

Zweifel, E. H., Über Vermeidung von Röntgenschädigungen. (88. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, dtsch. Röntgen-Ges., Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **32**, Kongreßh. 2, S. 36—37.) **81**, 590.

Röntgendiagnostik.

Übersichtsreferat.

Von

Erich Schempp, Tübingen.

Apparatur. In den Berichtsjahren hat sich die Ausrüstung der diagnostischen Laboratorien durch Einführung der auf große Leistung berechneten neuen Apparate außerordentlich verbessern lassen. Die Apparate arbeiten durchweg mit stark dimensionierten Transformatoren (eisengeschlossener Kern) und mechanischer oder Glühventilgleich-

richtung. Gleichzeitig sind leistungsfähige Röhren auf den Markt gekommen, die bei guter Schärfe der Bildzeichnung die Leistungsfähigkeit der neuen Apparate voll auszunützen gestatten (z. B. Goetze-Strichfokusröhre).

Die Ausdehnung der Röntgenbetriebe, auch der diagnostischen, in quantitativer Hinsicht hat die Frage der möglichen Strahlenschädigung der in solchen Betrieben tätigen Personen in den Vordergrund des Interesses gerückt. Der Amerikaner Mutscheller hat die Dosis Röntgenstrahlen, die ohne Schaden auf die Dauer ertragen werden kann, auf $^1/_{200000}$ H.E.D. pro Stunde angegeben. Glocker empfiehlt als einfaches Hilfsmittel zur Ermittelung schädlicher direkter und indirekter Strahlung den gewöhnlichen Leuchtschirm: Wo im verdunkelten Raum ein Aufleuchten bei völlig adaptiertem Auge sichtbar wird, ist auch schädliche Strahlung vorhanden, die durch Schutzmaßnahmen beseitigt werden oder die gemieden werden muß. Bei Spannungen bis zu 100 K.V. genügt im allgemeinen Schutz vor direkter Strahlung, bei höheren Spannungen muß auch die Streustrahlung im Raum ausgeschaltet werden.

Untersuchungsmethoden. Hicker empfiehlt die Teleröntgenographie des Skeletts als Hilfsmittel bei orthopädischen Messungen.

Die Frage der Kontrastmittel für innerlichen Gebrauch ist endgültig zugunsten des Bariumsulfates entschieden. Leider sind wieder einige Vergiftungen durch falsch verschriebene und nicht reine Bariumpräparate vorgekommen (Althoff, Sicherheitsausschuß der amerikanischen Röntgengesellschaft).

Zur Darstellung der Blutgefäße im Röntgenbild beim Lebenden verwendet Hirsch Strontiumbromid (5—10 ccm 10proz. Lösung); Brooks nimmt zur Feststellung des Ortes und der Ausdehnung eines arteriellen Verschlusses, zur Bestimmung der Weite der Arterien und des Kollateralkreislaufes die intraarterielle Injektion von 0,1proz. Jodnatriumlösung zu Hilfe, die zwar schmerzhaft, aber unschädlich ist.

Einen außerordentlichen Umfang hat die Verwendung des Jodöls (Lipiodol, Jodipin) nach Forestier angenommen. Es wird als Kontrastmittel zur Darstellung der Ausdehnung von Senkungsabscessen, zur Darstellung der tieferen Luftwege und der Tränenwege, sowie zur Darstellung pathologischer Prozesse des Zentralnervensystems verwendet. Gegenindikation ist gegeben durch akut entzündliche Prozesse; nicht rationell ist im allgemeinen seine Verwendung bei der Untersuchung des Verdauungstraktes und der Harnwege.

Knochen. Bei allen unklaren, mit uncharakteristischen Beschwerden verlaufenden, aber auf Skelettbeteiligung hinweisenden Beschwerden empfehlen Achard und Thiers die systematische Röntgenuntersuchung des Skelettes, und zwar besonders wegen der Möglichkeit des Vorliegens einer generalisierten Ostitis fibrosa. Die Röntgendiagnose dieser Affektion kann übrigens sehr schwierig sein: Meyerding weist darauf hin, daß die röntgenologische Differentialdiagnose zwischen Carcinommetastasen, Endotheliom, Chlorom, Ostitis fibrosa, Chondrom, multiplen Myelomen auch dem erfahrensten Röntgenologen oft fast unmöglich ist. Bei der Diagnose des Knochensarkoms hat man sich oft auf Baetjers Regel gestützt, nach der ein maligner Tumor keine scharfe Begrenzung aufweisen soll. Auch diese Regel ist nicht zuverlässig, besonders bei Frühstadien des Knochensarkoms (Koeodny). Benignität und Malignität eines Knochentumors kann höchstens klinisch, nicht durch das Röntgenbild entschieden werden (Cunha).

Voorhoeve beschreibt einen bisher unbekannten Röntgenbefund bei einer Systemanomalie des Skelettes, bei welcher eine intensive Längsstreifung (bis 6 cm lang) der Metaphysen gefunden wurde. Die Anomalie fand sich bei zwei Geschwistern und dem Vater; bei einem der Kinder wurde außerdem Rachischisis und ein sechster Lendenwirbel gefunden. Die Anomalie soll Beziehungen zur Albers-Schönbergschen Ostitis condensans disseminata und zur Dyschondroplasie aufweisen.

Einen interessanten Beitrag zur Pathogenese der Perthesschen Hüfterkrankung gibt Büttner: Er beschreibt einen Fall von doppelseitigem Perthes bei einem 11jähri-

gen Mädchen, das außerdem noch eine Patella tripartita, Hohlfuß und multiple Schlottergelenke hatte. Bei der Mutter fanden sich Veränderungen am Handgelenk. Trauma, Entzündung, endokrine Störung und Rachitis glaubt Büttner für seinen Fall ausschließen zu können.

Extremitäten. Pils hat darauf aufmerksam gemacht, daß sich bei der habituellen Schulterverrenkung im Röntgenbild ganz bestimmte Veränderungen an Kopf und Pfanne nachweisen lassen (Defekt am Kopf hinter und über dem Tuberculum majus bei Aufnahme von hinten nach vorn in Außenrotation; Aussprengung am vorderen Pfannenrande bei Aufnahme von vorne und oben). Die Feststellungen sind von praktischem Wert für das zweckmäßigste Vorgehen bei der Operation. Behn macht Angaben über Bedeutung und Technik der Aufnahmen von Schulter und Hüfte in frontaler Ebene. — Eine Methode zur Messung des Torsionswinkels des Femurs auf röntgenographischem Wege hat Schultz angegeben; von Schütze stammt eine Anleitung zur isolierten Darstellung der distalen Fußwurzel- und der Mittelfußknochen auf der Röntgenplatte.

Kleinberg, ebenso Chauvin und Bourde empfehlen dringend, zur Sicherstellung der Diagnose bei den inneren Kniegelenksverletzungen (Meniscusabriß usw.), bei welchen man meist auf die Anamnese und einen wenig charakteristischen klinischen Befund angewiesen ist, die Röntgendurchleuchtung und Aufnahme nach Luft- oder Sauerstofffüllung des Kniegelenkes zu machen, mittels deren es gelingt, Abrisse usw. direkt zur Darstellung zu bringen.

Als ein besonderes, typisches Krankheitsbild hat Müller die Malacie der Sesambeine des Metatarsus I beschrieben; er verfügt über vier einwandfreie Fälle. Die klinischen Symptome sind hauptsächlich örtlicher Druck- und Dehnungsschmerz und Ödem auf dem Fußrücken; das akute Stadium dauert etwa 6—8 Wochen. Auf dem Röntgenbild sieht man fleckige Struktur (Längsaufnahme).

Die Köhlersche Erkrankung des Metatarsalköpfchens führen Holst und Chandrikoff entgegen der bekannten Axhausenschen Annahme nicht auf eine Nekrose, sondern auf Veränderungen zurück, die ihren Grund einerseits in einer Hungerosteopathie, andererseits in veränderter Statik haben dürften. Auch Altschul schuldigt statische Momente und konstitutionelle Schwäche des Knochensystems an.

Das bekannte Bild der sog. Marschfraktur bezeichnet Runstroem als das Bild eines subperiostalen Hämatoms bei Fraktur des Metatarsalknochens!

Wirbelsäule. Die jetzt ganz allgemein gebräuchliche Verwendung der Bucky-Blende ermöglicht auch Aufnahmen, die technisch bisher kaum auszuführen waren. Lewald betont insbesondere die Wichtigkeit der seitlichen Aufnahmen der Lumbosakralgegend bei unklaren Verhältnissen; Pescatori rät zu seitlichen Wirbelaufnahmen, weil durch Verkalkungsherde vor der Wirbelsäule manchmal bei der gewöhnlichen dorsoventralen Aufnahme Läsionen der Wirbel vorgetäuscht werden können.

Die Röntgendiagnose der beginnenden Wirbeltuberkulose gehört häufig noch zu den schwierigsten Aufgaben. Schmidt betont, daß eine Frühdiagnose im eigentlichen Sinne dabei nicht möglich ist; das Röntgenbild läßt erst Erscheinungen erkennen, wenn die Destruktion des Knochens schon im vollen Gange ist. Die Periostreaktion ist minimal; als sichere Röntgenzeichen haben nur zu gelten: sichtbarer perifokaler oder Senkungsabsceß, Veränderungen der Bandscheiben und der Wirbelsäulenachse. Der Absceßnachweis hat als sicherstes Zeichen zu gelten, unsicher sind Atrophie und geringfügigere Unregelmäßigkeiten. Fehlt bei ausgesprochener Destruktion ein Absceß, so ist an Lues und Tumor zu denken; in manchen Fällen findet sich allerdings ein „gekreuzter" Absceßverlauf, den man nicht übersehen darf. Ist Tuberkulose im Organismus nachgewiesen, so spricht gleichmäßige und auf ein Wirbelpaar beschränkte Verschmälerung der Wirbelscheiben für Tuberkulose. In fraglichen Fällen ist Wiederholung der Aufnahme nach 4—6 Monaten zu empfehlen, die dann die Entscheidung erlaubt.

Die typhöse Spondylitis kann sowohl nach Fleck- und Rückfallfieber, wie nach Typhus abdominalis auftreten (Holst, Similoff) und zeichnet sich durch ziemlich raschen Ablauf der Erscheinungen und Gutartigkeit aus. Meist ist der Lendenabschnitt der Wirbelsäule befallen; häufig sieht man Ausgang in ein der Spondylarthritis bzw. Spondylitis deformans mit Spangenbildung ähnliches Bild.

Souques hat bei metastatischem Carcinom der Wirbel ausnahmsweise eine dichte „elfenbeinartige" Knochensklerosierung im befallenen Wirbel gesehen.

Schädel. Zur Bestimmung der Ausdehnung parapharyngealer Tumoren benutzt Bertolotti die axiale Schädelaufnahme, welche die beste Übersicht gibt.

Bei chronischer Hirndrucksteigerung werden die Venenkanäle des Schädels nach Nishikawa im Röntgenbild sichtbar, unter Umständen kann eine lokale Erweiterung an bestimmter Stelle den Sitz eines Tumors der Hirnhäute oder des Gehirns anzeigen. Die Zeichnung des Knochens ähnelt dabei der Zeichnung bei syphilitischer Osteoporose.

Für den Nachweis von Tumoren des Opticus kann die von Goalwin angegebene Technik von Wichtigkeit sein, wenn sie den Nachweis einer Erweiterung des Canalis optici zu erbringen vermag: Goalwin macht Aufnahmen mit einer Neigung des Zentralstrahls von je 52° zur deutschen Horizontalen und zur Medianebene.

Die Röntgendiagnose von Tumoren der Hypophysengegend ist häufig nicht sicher zu stellen, weil die Größe der Sella normalerweise schon außerordentlichen Schwankungen unterworfen ist. Camp fand normal einen anterioposterioren Durchmesser von 0,5 bis 1,6 cm, eine Tiefe von 0,4 bis 1,2 cm. Die Form der Sella war in 58% oval, in 24% rund, in 17% flach. Die vorderen und hinteren Proc. clinoidei variieren in Dicke und Länge außerordentlich; in manchen Fällen kann die Sella überbrückt sein, ohne daß ein pathologischer Zustand vorläge. Intrasellare Tumoren machen gleicherweise Verdünnung des Dorsum und zirkuläre Erweiterung; bei extrasellaren Tumoren ist die Sella erweitert und abgeflacht, die Proc. clinoidei verkürzt und zugespitzt. Knox hat ähnliche Röntgensymptome gefunden.

Gehirn. Traumatische Pneumoventrikel bei Schädelbrüchen findet man nach Teachenor fast ausschließlich bei Frakturen des Stirnbeines; manchmal gelangt die Luft nicht bis zum Ventrikel, sondern bleibt in der Gehirnmasse, sie kann dann durch eine Cyste allmählich ersetzt werden.

In gar nicht seltenen Fällen verrät sich der Sitz eines Hirntumors auf der Röntgenplatte: Delherm und Morel-Kahn fanden mehrmals Verschattungen durch Kalkablagerung im Tumor, Vorwölbung des Schädels durch lokalen Druck des Tumors, Knochenusuren. Acusticus- bzw. Kleinhirnbrückenwinkeltumoren können eine Erweiterung des Porus acusticus internus machen (Aufnahme nach Stenvers in der Längsachse des Felsenbeines). Die Diagnose glückte nach dieser Methode Golonsko sowie Guillain, Alajouanine und Girot. Intrakranielle Verkalkungen kommen nach O'Sullivan an den Plexus chorioidei, an den Pacchionischen Granulationen, an der Hypophyse und der Zirbeldrüse vor, man muß sie kennen, um die pathologischen Verkalkungen bei Psammomen, alten tuberkulösen und luetischen Infiltraten, sklerotischen Arterien, Aneurysmen, Hämorrhagien und Cysten, Osteomen der Falx, sowie die Kalkablagerungen im Tentorium richtig deuten zu können.

Sosman und Putnam fanden bei genauer Untersuchung der Röntgenbilder unter 95 Geschwülsten der Meningen 47mal Veränderungen am Schädelknochen: Usuren, Vascularisation, Osteombildung, diffuse Knochenverdickung, Knochenzacken, Verbreiterung der Knochenkanäle der Meningealgefäße.

Die beim Erwachsenen in 50% der Fälle zu findende Kalkablagerung der Zirbeldrüse benutzt Naffziger, um durch die Feststellung einer Verlagerung der Zirbel auf den Sitz von Hirntumoren zu schließen. Die Methode gelingt nur bei Prozessen oberhalb des Tentoriums, wenn gleichzeitig Drucksteigerung nachweisbar ist. Die Abweichung der Zirbel von der Mittellinie kann bei Tumoren 1—3 cm betragen.

Die Anwendung von Kontrastmitteln, zu denen man als negative Kontrastmittel auch die Gase zählen kann, hat in der Gehirndiagnostik ausgedehnteste Anwendung gefunden. Das Lipiodol bzw. Jodipin empfiehlt Mayer zur Bestimmung der Ausdehnung von Hirnabscessen des Schläfenlappens, er injiziert zu diesem Zweck 2—3 ccm. Gewöhnlich wird aber das Lipiodol für die Hirndiagnostik nicht verwendet, weil es nur zur Diagnose der Verlegung normalerweise freier Passagen in Betracht kommt. So wird die Luftfüllung der Ventrikel nach der Dandyschen Methode oder die Encephalographie durch lumbale Luftfüllung nach Bingel in allen klinisch unklaren Fällen — und nur bei solchen — das gegebene Verfahren bleiben, wenn auch Schuster der Methode, welche Lipiodol ascendent und descendent als Kontrastmittel verwendet, gegenüber der Luftfüllung geringere Gefährlichkeit zuschreibt.

Da besonders bei Tumoren des Schläfenlappens und der hinteren Schädelgrube die Luftfüllung nicht ungefährlich ist, soll sowohl die lumbale wie die kranielle Methode der Füllung nur dann angewendet werden, wenn trotz subtilster neurologischer Untersuchung eine topische Diagnose nicht oder nicht sicher gestellt werden kann (Adson, Ott und Crawford, Taterka, McConell, Jüngling, Pierson). Die Indikation zur Ventrikelfüllung will Schuster u. a. nicht nur bei Verdacht auf Tumor für gegeben erachten, sondern auch bei Epilepsie, insbesondere traumatischer, bei Migräne und Trigeminusneuralgie, da sich auch hierbei manchmal ganz grobe organische Veränderungen aufdecken lassen, sowie bei Hydrocephalus (Fischer).

Zur Füllung wird meist Luft verwendet (z. B. Tschugunoff, Budinoff und Rosanoff, Mc Conell, Knöpfelmacher). Jüngling verwendet den rascher resorbierbaren Sauerstoff; bei beiden kommen offenbar Reizwirkungen vor, weshalb Penfield, ebenso Pierson, rät, bei stärkeren Reaktionen die Luft nachträglich wieder abzulassen.

Von manchen wird der lumbale Weg der Ventrikelfüllung als ungefährlicher bezeichnet; wahrscheinlich ist er aber, wenigstens bei Tumorverdacht, durchaus nicht weniger gefährlich, höchstens einfacher in der Anwendung als die Ventrikelpunktion. Daß die einfache Lumbalpunktion bei Verdacht auf Hirntumor schon oft genug Todesfälle zur Folge gehabt hat, ist ja bekannt. So bevorzugen denn die Chirurgen im allgemeinen die Ventrikelpunktion. Jüngling hat bei manchen zweifelhaften Fällen zur Feststellung, ob die Kommunikation der Ventrikel mit dem Duralsack frei ist, am Schluß Indigocarmin in den Ventrikel injiziert und nachträglich die Lumbalpunktion ausgeführt, die bei freier Kommunikation gefärbten Liquor ergibt.

Die Deutung der Bilder kann großen Schwierigkeiten begegnen, es gehört dazu Vorsicht und Erfahrung. Verengerung eines Seitenventrikels braucht z. B. nicht der Geschwulstseite zu entsprechen (Schuster).

Gerade für die Tumordiagnostik ist das Verfahren in vielen Fällen von zweifellosem Wert. So haben Adson, Ott und Crawford unter 72 klinisch nicht zu klärenden Fällen in ungefähr 60% den Tumor lokalisieren können, 4 mal unter 33 Operierten konnte der Tumor ganz, 5 mal teilweise entfernt werden; ein absolut genommen kümmerliches und doch wieder erfreuliches Resultat, wenn man an das trostlose Schicksal der unbehandelten Hirntumoren denkt. Bedenklich ist dann allerdings wieder, daß 6 mal innerhalb der ersten 6 Stunden nach der Ventrikulographie der Exitus eintrat; besonders gefährlich sind in dieser Hinsicht tiefsitzende Tumoren. Aus anderem Anlaß (z. B. Epilepsie) ausgeführte Ventrikulographien scheinen jedoch relativ ungefährlich zu sein.

Rückenmark. Als eine Methode von vorzüglicher Brauchbarkeit hat sich die Myelographie nach Forestier und Sicard erwiesen. Als Kontrastmittel dient dabei das Lipiodol oder das deutsche Jodopin Merck, die am besten durch Suboccipitalstich in einer Menge von 1—2 ccm in den Duralsack eingespritzt werden (z. B. Eskuchen, Peiper, Sicard, Roger, Prusik und Volicer u. a.). Es kann so die obere Grenze eines raumbeengenden Prozesses dargestellt werden; um die untere Grenze sichtbar zu

machen, hat man bei Beckenhochlagerung das Lipiodol lumbal injiziert (Egas Moniz, Delchef, Sicard, Bianchini, Long und Long) oder nach Lumbalpunktion den Liquor durch Luft ersetzt (Eskuchen, Arias und Pinos). Letztere Methode scheint keine besonders eindrucksvollen Bilder zu geben. Unmittelbar nach der Injektion beobachtet man manchmal einen Gürtelschmerz in der Höhe des obersten kranken Segmentes (Prusik, Peiper), der diagnostisch verwertet werden kann.

Besonders ist zu schätzen, daß bei der Verwendung des Lipiodols bzw. Jodipins in den kleinen Mengen von 1—2 ccm Schädigungen kaum zu fürchten sind. Peiper und Klose fanden nur bei Überdosierung im Tierversuch nachweisbare Medullaschädigungen. Beim Menschen werden öfters gewisse Reizerscheinungen (Kopfschmerzen und Wurzelschmerzen, Peiper und Klose) beobachtet, die aber nicht bedrohlich werden.

Die Indikation zur Myelographie kann gegeben sein, wenn es sich darum handelt, genauen Sitz und Ausdehnung eines Tumors des Rückenmarks oder der Rückenmarkshäute festzustellen. Man findet dann nach Peiper entweder totalen Dauerstopp, partiellen Dauerstopp der oberen Tumorgrenze oder kurz dauernden totalen bzw. partiellen Stopp. Bei Wirbeltumoren kommen auch multiple kleine Stopps vor. Vincent weist darauf hin, daß der Stopp nicht pathognomonisch ist für eine komprimierende Neubildung; nach Sicard, Haguenau und Laplane kommen vorübergehende Stopps vor, denen keine Bedeutung zuzuerkennen ist, deshalb sollen die Aufnahmen mehrfach wiederholt werden, ehe man sich zu einem chirurgischen Eingriff entschließt. Die genaue klinische Kontrolle darf durchaus nicht in den Hintergrund gedrängt werden, will man Mißerfolge vermeiden (Vincent). Der Dauer des Stopps schreiben Froment und Dechaume einen diagnostischen Wert zu: Bei extramedullärem Tumor soll der Aufenthalt des Kontrastmittels nur vorübergehend, bei Medullartumor dauernd sein; auch die Form des Kontrastdepots soll charakteristische Unterschiede aufweisen. Long und Long fordern für die Diagnose einer Kompression Passagebehinderung während 2—3 Tagen.

Nach Peiper ermöglicht die Methode die Entscheidung, ob bei frischen Wirbelfrakturen mit Markstörungen eine Commotio oder Läsio ohne Kompression oder aber eine Kompressionsmyelitis vorliegt, was für die Indikationsstellung zur — möglichst frühzeitig auszuführenden — Operation von größter Wichtigkeit ist. Auch die Differentialdiagnose zwischen Myelitis und chron. Arachnoitis, welch letztere Kompressionserscheinungen machen und die Operation indizieren kann, ist möglich (Peiper).

Bei Caudatumoren ist besonders charakteristisch die Silhouette der unteren Jodipinbegrenzung (Peiper).

Bei der technischen Ausführung der Jodipininjektion ist wichtig, die Beimengung von Luftblasen zum Kontrastmittel zu vermeiden und die Aufnahmen erst einige Zeit nach der Injektion zu machen, in der Zwischenzeit in vertikaler bzw. Beckenhochlagerung die Wirbelsäule zu beklopfen, husten zu lassen u. dgl., um das Herabsinken der Kontrastmasse zu befördern.

Die Kasuistik der nach der neuen Methode diagnostizierten Medullakompressionen ist schon recht groß geworden.

Trachea. Nach Manges wird die Röntgendiagnose nicht schattengebender Fremdkörper der Trachea ermöglicht durch das charakteristische Verhalten der Lungen, die stark gebläht sind, bei Tiefstand beider Zwerchfellhälften und Verschmälerung des Herzschattens.

In manchen Fällen von Kropf ist es erwünscht, festzustellen, ob eine vorhandene Atemnot vor allem auf das Verhalten der Trachea, also Kompression, zurückzuführen ist, oder ob die Hauptursache in Veränderungen des Herzens und der Lunge zu suchen ist. Die Beobachtung der Trachea bei der Durchleuchtung und Aufnahme in mehreren Ebenen vermag diese Entscheidung zu treffen; bei der Durchleuchtung ist besonders auf Verengerung und Erweiterung der engsten Stelle während der In- und Exspiration zu achten; dies weist auf Malacie der Trachea hin (Sgalitzer, Sgalitzer und Stöhr).

Lunge und Pleura. Die Röntgendiagnose der Abscesse und der Gangrän der Lunge ist oft schwierig; Holst empfiehlt tägliche Durchleuchtung und Stereoaufnahme. Umfangreiche Verschattung mit unregelmäßig gestalteten und unscharf begrenzten Höhlen spricht mehr für Gangrän, scharf umrissene Höhle mit kreisförmigem Randschatten innerhalb einer diffusen Lungenverschattung mehr für Absceß.

Le Wald und Green betonen insbesondere den Wert der seitlichen Durchleuchtung des Thorax bei Abscessen der Lunge zum Zwecke ihrer Lokalisation. — Die Röntgendiagnose des Empyems kann beim Kinde sehr schwierig sein; die Entscheidung, ob ein Infiltrat, eine Perikarditis oder ein Empyem vorliegt, ist oft kaum zu treffen. Die Tiefe des Empyemschattens ist oft auffallend gering (Carty und Liebmann); der phrenicocostale Winkel ist häufig nicht ausgefüllt. Recht oft (in 41%) findet man beim Empyem des Kindes Verdrängung des Herzens.

Die runden, durch Lungencysticerken bedingten Schatten im Lungenfeld zeichnen sich nach Reinberg durch ihre gleiche und über Jahre gleichbleibende Größe aus.

Über einen eigenartigen Röntgenbefund berichtet Guleke. Es wurde ein glatt konturierter, dem Mediastinum teilweise aufsitzender Tumor gefunden, der sich über eine Höhe von sechs Segmenten erstreckte. Eine Abgrenzung vom Mediastinum war röntgenologisch nicht möglich. Die Operation deckte ein dünn gestieltes, von einem Intervertebralloch ausgehendes Neurinom auf.

Für die Diagnostik der Höhlenbildungen in der Lunge, insbesondere die Kavernen, Abscesse und Bronchiektasien, hat sich das Verfahren der Lipiodol- bzw. Jodipineinspritzung in den Bronchialbaum nach Sicard und Forestier ausgezeichnet bewährt. Diese Autoren haben das Kontrastmittel auf supraglottischem, transglottischem und intercricothyreoidealem Weg verabfolgt; 20—40 ccm Kontrastmittel genügen im allgemeinen, um genügende Füllung eines Lappenbereiches zu erreichen. Am zweckmäßigsten dürfte es sein, nach Cocainisieren des Rachens und Kehlkopfeinganges das Kontrastmittel mit einer Kehlkopfspritze, einem Kehlkopfkatheter oder einer Duodenalsonde (Lorey) einzuspritzen, durch geeignete Lagerung muß das Abfließen der Flüssigkeit in den darzustellenden Bronchus begünstigt werden. — Eine sehr einfache, aber vielleicht doch nicht unbedingt zu empfehlende Methode ist das Verschluckverfahren von Nather und Sgalitzer: Nach Cocainisieren des Rachens und Kehlkopfes läuft die verschluckte Kontrastflüssigkeit nicht in die Speiseröhre, sondern in die Glottis. Vor der Ausführung müssen Mundhöhle und Zähne gründlichst gereinigt werden.

Ein Teil des Lipiodols bzw. Jodipins wird in den Tagen nach der Injektion ausgehustet, ein beträchtlicher Teil bleibt aber liegen und wird sehr langsam resorbiert. Noch nach Monaten konnten Sicard und Forestier Restchen davon in der Lunge nachweisen. Jodismus ist dabei selten; Aspirationspneumonien wurden bisher nicht beobachtet (Lorey). Bei Bronchiektasen mit reichlichem Auswurf schien eher dessen Menge zurückzugehen (Keyser).

Die Methode soll nur dann angewendet werden, wenn sie indiziert ist, wenn sie wichtige diagnostische Aufschlüsse, die auf anderem Wege nicht zu erhalten sind, verspricht, z. B. bei Bronchiektasen, Kavernen, Lungenabsceß, zur Kontrolle der Pneumothoraxwirkung (Landau). Kurtzahn und Woelke tragen Bedenken, bei Lungenkranken das beim Gesunden unschädliche Verfahren anzuwenden; in jedem Falle soll versucht werden, mit den übrigen diagnostischen Methoden bei einwandfreier Technik zum Ziel zu kommen, ehe man bronchographiert. Übrigens geben Sergent und Cottenot zu, daß die bronchographisch zu erreichenden Bilder manchmal nur mit Mühe eine Deutung zulassen.

Cignolini hat ein durch Vermischen mit Öl erhaltenes schwimmendes und ein ebensolches untersinkendes Jodipin-Kontrastmittel dazu benutzt, um die Ausdehnung, die obere und untere Grenze von Ergüssen der Pleura festzustellen.

Mediastinum. Als röntgenologisches Zeichen einer Oesophagusulceration, die durch Ammoniakverätzung entstanden war, fand Moppert oberhalb der Stenose einen eigenartigen, ins Mediastinum hereinreichenden nischenartigen Schatten, den er als Höhle eines Mediastinalabscesses deutete.

Wie Chaoul und Lange fanden, ist ein intrathorakaler Absceß nicht selten das erste Zeichen einer Spondylitis. Unter 15 Fällen von intrathorakalen Abscessen war die ursächliche Spondylitis klinisch nur einmal zu diagnostizieren gewesen! Um den Nachweis sicherer zu gestalten, empfehlen die Autoren, nach Möglichkeit auch von seitlichen Thoraxaufnahmen Gebrauch zu machen (bei hochgeschlagenem Arm). Häufig entspricht die größte Schattenbreite des Abscesses der Höhe des Wirbelherdes; die Abscesse der unteren Brust- und oberen Lendenwirbel breiten sich manchmal, da sie wegen des Zwerchfells nicht nach unten sich senken können, nach oben aus.

Speiseröhre. Zur Röntgendiagnose chirurgischer Speiseröhrenerkrankungen benutzt Pancoast flüssige Bariumaufschwemmung, mit Barium bereitete „Bissen“, kontrastmittelgefüllte Kapseln. Das Carcinom läßt sich am besten durch Schluckenlassen von Bissen diagnostizieren. — Von sieben Perforationen des Oesophagus in die Luftwege betrafen fünf Oesophaguscarcinome; wenn nur wenig Bariumaufschwemmung von dünner Konsistenz verwendet wird, ist die Röntgendiagnose auch der Perforation ziemlich gefahrlos. — Für das Bild der carcinomatösen Speiseröhrenstriktur ist nach Pinos charakteristisch: Plötzliches und unregelmäßiges Aufhören des Lumens, Buchten, Vorwölbungen des stenosierten Teils, geringfügige Verbreiterung des Lumens über der Stenose, da der Verschluß fast nie vollständig ist, und Aufhören der Peristaltik an der Striktur.

Das funktionelle Verhalten der Kardia beim Kardiospasmus und bei der sog. idiopathischen Speiseröhrendilatation untersucht Palugyay in Beckenhochlagerung; neben einer primären Dysfunktion auf nervöser Basis handelt es sich nach ihm sicher oft auch um mechanische Behinderung. Die spasmogenen Speiseröhrenerweiterungen können nach Starck drei Typen aufweisen: Spindelform (relativ selten), Form der gleichmäßig dicken „zugebundenen Wurst“, und schließlich gleichzeitig Erweiterung und Verlängerung.

Dessecker hat ein seltenes epiphrenales Speiseröhrendivertikel beschrieben; Haudek ist es geglückt, in elf Fällen kleine, klinisch völlig symptomlos verlaufende Traktionsdivertikel der Speiseröhrenvorderwand bei mediastinaler Drüsenerkrankung nachzuweisen.

Zwerchfell. Als differentialdiagnostisches Mittel zur Unterscheidung zwischen Eventratio und Hernia diaphragmatica gibt Dillon ein neues Symptom an: die Beobachtung der Peristaltik des Magens ohne Kontrastfüllung; im Falle der Eventratio wird das deutlich sich abhebende Zwerchfell von der peristaltischen Welle mitgenommen.

Nach Carman und Fineman wird die Diagnose der Zwerchfellhernie manchmal nicht gestellt, weil sie im Verlauf einer eitrigen Entzündung entstand, oder weil sie nach einer Verletzung erst nach Monaten unklare Beschwerden verursachte, schließlich, weil nur bei spontaner Entleerung untersucht wurde. Manchmal wurde auch nur eine Zwerchfellhernie erkannt, während in Wirklichkeit zwei vorhanden waren. Die Röntgenuntersuchung dabei ist durchaus nicht unfehlbar.

Pneumoperitoneum. Die Begeisterung für das Pneumoperitoneum hat in den Berichtsjahren, wie aus dem beträchtlichen Rückgang der Literatur über dieses Gebiet hervorgeht, etwas nachgelassen. Die Technik der Anlegung bevorzugt allereinfachste Verfahren: Gummidoppelgebläse, Wattefilter oder Vorschaltflasche und abgestumpfte oder Goetze-Nadel. Sauerstoff wird nur von manchen verlangt (Uspenski, Raue), dagegen wird meist empfohlen, das eingeblasene Gas nach Möglichkeit am Schluß der Untersuchung wieder abzulassen.

Partsch wendet das Pneumoperitoneum gerne an zur Diagnose von Bauchwandtumoren, Adhäsionen, Carcinommetastasen, Schnürleber, Leberechinokokkus, Gallen-

blasenerkrankungen, Netz- und Ovarialtumoren, Tumoren des Pankreas und der Nieren; Heymann empfiehlt das Verfahren insbesondere zur Diagnose und zur Lokalisation des Leberabscesses. Das Pneumoperitoneum soll nur aus strenger Indikation, nicht wahllos angewandt werden (Smirnoff); Pinos zählt an Kontraindikationen besonders auf: Altersschwäche, Herzleiden, Kachexie, hochgradige Adipositas, akute entzündliche Zustände, Hysterie, erhöhten intraabdominellen Druck. Daß die Überwertung der mit dem Pneumoperitoneum zu erzielenden diagnostischen Ergebnisse zu bedenklichen Irrtümern in der Diagnose Anlaß geben kann, zeigte Rabinowitz an zwei Fällen, bei denen röntgenologisch Nebennierentumor diagnostiziert, eine Anomalie der Milz und Leber dagegen autoptisch gefunden wurde.

Magen und Duodenum. Stahnke hat den Magen und das Duodenum bei oesophagealer Vagusreizung untersucht: Er fand mit zunehmender Reizstärke den Magentonus verstärkt, die peristaltischen Wellen vertieft, die Entleerung vollzog sich dabei in großen Schüben. Bei stärkerer Reizung wurden die Wellen vertieft, die Entleerung vollzog sich z. T. retrograd; bei weiterer Steigerung der Reizstärke fand sich dauernde Füllung des Bulbus, schließlich bei maximalen Reizen Schluß des Pylorus und Erbrechen.

Die Diagnose benigner Magengeschwülste ist ohne Laparotomie nach Sigmund im allgemeinen schwer; meist findet sich ein Füllungsdefekt in der Pylorusgegend oder eine zentrale Aufhellung. Sind mehrere solche Defekte nachweisbar, so ist die Diagnose Polyposis ventriculi sicher. Als differentialdiagnostisch verwertbare Kennzeichen hat man glatte Konturen, die Faltenzeichnung ist unverändert, die Peristaltik läuft ungehemmt über die fragliche Stelle. Diese Angaben sind aus der Beobachtung von fünf ante Lap. richtig diagnostizierten Fällen gewonnen. — Sielmann und Schindler empfehlen, bei Verdacht auf Polyposis ventriculi den Magen nur schwach mit Kontrastbrei zu füllen, man bekommt dann charakteristische Bilder, die wabenartige Aufhellungen besonders am Pylorus zeigen.

Carman gibt Hinweise zu geeigneter Technik der Röntgenuntersuchung von Läsionen der oberen Abschnitte und der Hinterwand des Magens: Es soll zunächst genau darauf geachtet werden, ob beim Einfließen der Kontrastmahlzeit in den Magen eine Ablenkung oder Teilung des Stromes erfolgt; dann sollen die Furchen zwischen den Falten genau besichtigt werden, durch Palpation soll versucht werden, die Nische als Fleck isoliert darzustellen. Bei Carcinom sieht man statt des dunklen einen hellen Fleck. Schließlich kann Beckenhochlagerung und Durchleuchtung in schrägem und querem Durchmesser notwendig werden.

Über vier neue Fälle des seltenen Magendivertikels, das nischenähnlich meist an der Cardia sitzt, berichten Hurst und Briggs.

An der Verläßlichkeit des Haudekschen Nischensymptoms sind Zweifel geäußert worden. Haudek selbst geht den Einwänden nach und gibt zu, daß Täuschungen durch die Anwesenheit echter Magen- oder Duodenaldivertikel möglich sind, daß aber sonst nur noch das aus einem Ulcus entstandene Carcinom nischenähnlich aussehen kann. Das Nischensymptom ist nach ihm praktisch genügend sicher, um die Ulcusdiagnose zu ermöglichen. Um das Ulcus deutlich erkennen zu können, empfiehlt Mordwinkin wenig dünne Kontrastaufschwemmung zu geben und in Rückenlage des Patienten abzuwarten, bis die Hauptmenge des Breies den Magen verlassen hat: das Ulcus erscheint dann als isolierter Fleck.

So wichtig für die Diagnostik des Duodenalulcus die Anamnese und der klinische Befund sind, so hat man sich doch sehr rasch an eine exakte Röntgenuntersuchung des Duodenums gewöhnt, zu der einerseits genaue Durchleuchtung, andererseits das Röntgenbild am besten in der Form von Serienaufnahmen des Bulbus gehört. Der Grad der diagnostischen Sicherheit hat mit der allgemeinen Anwendung ungemein zugenommen; dabei stützt man sich bei der Diagnose vorzugsweise auf den direkten Nachweis des Ulcus. Knapp fand in 60% seiner Ulcera duodeni auf dem Röntgenbild eine Ulcus-

nische. Der Bulbusrest wird nicht mehr als pathologisches Zeichen gewertet (Teschendorf), als direkte Zeichen läßt Diamond nur noch gelten die Nische, den Füllungsdefekt, die Verkürzung des Bulbus, das Divertikel — und er gibt, um Täuschung durch spastische Veränderungen auszuschließen, während 48 Stunden vor der Untersuchung den Patienten 4stündlich 25 Tropfen Tct. belladonnae. Um die Ulcusdiagnose nach Möglichkeit nur auf den Nachweis des Geschwürsbildes selbst zu stützen, empfiehlt Attinger den von Akerlund angegebenen Kunstgriff der Kompression des gefüllten Bulbus mit der Hand oder mit einem Kompressorium, der Bulbusfleck wird so isoliert sichtbar gemacht („Methode der dünnen Schicht“).

Dünndarm. Die Diagnostik der Askaridiasis ist durch den Nachweis relativer Aussparungen im Breischatten oder auch durch den Nachweis minimaler, von den Würmern aufgenommener Kontrastbreimengen in der Form feinster, wurmartig sich bewegender Schatten mehrfach geglückt (Fritz, Giovetti). Nach Fritz gelingt der Nachweis am besten 1—$1^1/_2$ Stunden nach der Kontrastmahlzeit; unter 1000 Untersuchungen des Magendarmtraktes fand er 32mal Askariden.

In vielen Fällen kann die Diagnose des akuten Ileus durch die einfache, ohne Kontrastmittel auszuführende Röntgendurchleuchtung, die zahlreiche Flüssigkeitsspiegel mit Gasblasen erkennen läßt, sichergestellt werden. Auch der Ort des Hindernisses ist öfters vor der Operation schon festzustellen (Natale-Marzi, Case).

In 4 Fällen, die operativ verifiziert wurden, fand Vespignani als Ausdruck einer Mesenteritis chronica einen scharf lokalisierten paralytischen Ileus. Bei der traumatischen Dünndarmruptur kann sich nach Massie ein handtellergroßer Luftfleck links neben dem zweiten Lumbalwirbel finden.

Dickdarm. Die Technik der Röntgendickdarmuntersuchung bedient sich herkömmlicherweise der Kontrastpassage und des Kontrasteinlaufes. Die Einlauf-Röntgenuntersuchung hat sich wesentlich verbessern lassen; man untersucht zunächst bei gefülltem, dann bei halbentleertem und schließlich bei fast vollkommen leerem Darm (Stewart) und macht in jeder Entleerungsphase Aufnahmen in verschiedenen Strahlenrichtungen. Ledoux-Lebard, Wright und A. W. Fischer fügen dieser Technik als wesentliche weitere Verbesserung die Lufteinblasung hinzu; man bekommt auf diese Weise ein kombiniertes Kontur- und Oberflächenbild des Darmlumens. Als Kontrastflüssigkeit verwendet Fischer eine Aufschwemmung von 300 g Bariumsulfat und 300 g Bolus alba in 1000 Wasser.

Das Stierlinsche Symptom hat man längere Zeit als pathognomonisch für Dickdarmtuberkulose angesehen. Sigmund deutet das Zustandekommen des Zeichens so: Bei vermehrter Reizbarkeit (infolge der geschwürigen Veränderungen) soll bei noch contractiler Darmwand eine spastische Abwehrkontraktion zustande kommen; so erkläre es sich, daß die Ausdehnung der spastisch kontrahierten Stelle bei mehreren Untersuchungen verschieden ausfallen kann, daß der Füllungsdefekt mit der Ausdehnung der geschwürig veränderten Partie nicht übereinzustimmen braucht, daß schließlich in stark infiltrierten Darmteilen das Stierlinzeichen negativ ausfallen kann. Bei negativem Stierlin ist somit Tuberkulose nicht ausgeschlossen, bei positivem braucht es sich nicht gerade um Tuberkulose zu handeln. Quervain fand ebenfalls das Stierlinsche Zeichen nicht nur bei der Ileocöcaltuberkulose, sondern auch bei anderen geschwürigen Prozessen. Es ist nach ihm der Ausdruck einer verminderten Dehnbarkeit des Darmes durch Infiltration seiner Wand.

Mills und Soper, ähnlich Lapenna, fanden als Fernwirkung organischer Kolonerkrankungen (Tumoren, Sprue, Tbc.) funktionelle Stenosen offenbar spastischer Art in anatomisch nicht veränderten Partien.

Die Invaginatio ileocoecalis hat nach Regnier einen charakteristischen Röntgenbefund: Bei der Passage sieht man oral eine Stenose, darunter ein glattes, peristaltikloses Schattenband. Beim Darmeinlauf erkennt man schön den Unterschied im Kaliber

des normalen Darms und des invaginierten Stückes, die Kontrastmittelsäule kann sich hier in charakteristischer Weise gabeln. — Diverticulose kann nur röntgenologisch diagnostiziert werden (Quervain, Luckhardt-Mummery).

Zahlreiche Studien über die Sichtbarkeit des Wurmfortsatzes im Röntgenbild haben ergeben, daß die Nichtdarstellbarkeit nicht als pathognomonisch für Erkrankung gelten kann, daß dagegen stark verzögerte Entleerung der gefüllten Appendix und konstante Formveränderungen für das Vorliegen einer organischen Veränderung sprechen. Insofern kann also die Röntgenuntersuchung für die Diagnose einer sog. chronischen Appendicitis von Wert sein (Küttner, Czepa, Aubourg, Trémolieres und Joulia, Dubois-Trépagne).

Leber und Gallenblase. Carman, MacCarty und Camp haben 2500 Röntgenuntersuchungen der Mayo-Klinik analysiert und berichten über die Ergebnisse: Dickwandigkeit der Gallenblase macht noch keinen Röntgenschatten; dagegen kann offenbar pathologisch veränderte Galle in einer solchen Gallenblase einen Schatten auf der Röntgenplatte hervorrufen. Nur ein positiver Röntgenbefund gilt, negativer Befund schließt Erkrankung nicht aus. Bis zu welcher Sicherheit die Diagnostik in geübten Händen gekommen ist, zeigt die Operationsstatistik: In 97% aller Operierten erwies sich die Röntgendiagnose als richtig, war die Röntgendiagnose negativ, so fanden sich in 14,7% krankhafte Zustände, die eine Entfernung notwendig erscheinen ließen. Von den operativ festgestellten Steinen waren 38% vor der Operation zu diagnostizieren gewesen. — Die Röntgendiagnose der Gallensteine ist eine Angelegenheit des Geldbeutels und sorgfältiger Technik (Haudek, Parturier und Baudon), da häufig nur Serienaufnahmen zum Ziel führen. Zur Differentialdiagnose zwischen Gallen- und Nierensteinen kann es nötig sein, Aufnamen in Bauch- und Rückenlage zu vergleichen (Nichols) und eine Pyelographie mit schwachem Kontrastmittel auszuführen, die unter Umständen den Stein als negative Aussparung erscheinen läßt. Duval, Gatellier und Béclère empfehlen für diesen Fall seitliche Aufnahmen, auf denen die Gallensteine stets vor der Wirbelsäule, die Nierensteine im Wirbelsäulenschatten sichtbar werden.

Eine außerordentlich große Anzahl Arbeiten beschäftigt sich mit der Methode der Cholecystographie von Graham und Cole nach intravenöser, stomachaler oder duodenaler Verabreichung von Tetra-Bromphenolphthaleinnatrium und Tetra-Jodphenolphthaleinnatrium. Letzteres Salz ist zu bevorzugen, da es ungefähr doppelte Schattendichte gibt, daher nur in halber Menge verabreicht werden muß und somit viel weniger leicht zu bedenklichen Vergiftungserscheinungen Anlaß gibt (Graham, Cole und Copher, Whitaker, Millikan und Vogt, Graham, Cole, Moore und Copher). Die intraorale Verabreichung des Jodsalzes in Kapseln oder Tabletten, die sich erst im Dünndarm lösen, wird bevorzugt, da sie am einfachsten und ungefährlichsten ist. Mit dem Bromsalz bekamen Graham, Cole und Copher in 62% der Fälle keine, in 38% leichte und schwere Vergiftungserscheinungen, während das Jodsalz in 86% keine, in 14% leichte, niemals schwerere Nebenerscheinungen machte. Mit der Cholecystographie kann im wesentlichen nur die Wegsamkeit der Gallenblase nach dem Choledochus hin nachgewiesen werden, die Fähigkeit der Abbildung beruht auf dem Konzentrationsvermögen der Gallenblase (Copher), während die Gallenwege sich nicht darstellen. Graham, Cole, Moore und Copher verabreichen 5 g des Jodsalzes in Kapseln nach dem Abendessen; bis zur nächsten Untersuchung am nächsten Mittag hat der Patient nüchtern zu bleiben. — Nach der innerlichen Verabreichung des Jodsalzes tritt manchmal Durchfall ein, weshalb Palefsky 2—4 g des Salzes mit der Duodenalsonde als Gummiemulsion verabreicht (250 Gummiemulsion, 2—4 g Jodsalz). Tritt Blutdrucksenkung ein, so ist Adrenalin zu verabreichen.

Nach Millikan und Whitaker kann man mit der Methode 95% richtiger Diagnosen erzielen; bei Nichtfüllung der Gallenblase liegt meist ein Cysticusverschluß vor. Graham, Cole und Copher sowie Moore fanden häufig Gallensteine negativ sich ab-

zeichnen. Die normale Gallenblase füllt sich am besten. Herzleidende, Diabetiker und andere Konstitutionskranke sowie leicht Erregbare sollen nach Stewart von der Untersuchung ausgeschlossen werden.

Niere und Harnleiter. Die Röntgenuntersuchung des perinephritischen Abscesses ergibt nach Potter Verlagerung des Diaphragma nach oben, Abplattung und verminderte Beweglichkeit desselben; unterhalb liegt dann der vergrößerte Nierenschatten. Nach Révesz ist es empfehlenswert, Vergleichsaufnahmen beider Seiten zu machen; der Absceß macht manchmal einen Schatten neben der Niere; am besten ist der Absceßschatten sichtbar, wenn er randbildend ist. Da häufig der Absceß nicht selbst, sondern nur eine große plumpe Niere sichtbar ist, kann Täuschung durch eine adipöse, infiltrierte Kapsel unterlaufen. Im übrigen ist noch zu achten auf verwischte dislozierte oder fehlende Psoaskontur und Unschärfe der Processus transversi; die Bilder der Pyonephrose und des Nierenabscesses können denen des perinephretischen Abscesses durchaus ähneln.

Nicht selten werden schwach absorbierende Nieren- und Uretersteine sichtbar, wenn man ein Kontrastmittel injiziert: Die Nierensteine können sich dann als negative Schatten abbilden (Gottlieb und Klinckowstein, Culligan). Ein anderes, für die Darstellung sonst sich nicht abbildender Nierensteine geeignetes Verfahren ist das der Imprägnation: Kümmel jr. verwendet dazu 2proz. Argentum nitricum-Lösung, Urate sind dann gut sichtbar, noch besser, wenn gleichzeitig Sauerstoff insuffliert wurde. Im übrigen wird als Kontrastmittel bei Pyelographie Jodnatrium in 12proz. oder Bromnatrium in 25proz. Lösung empfohlen; den besten Schatten gibt wohl das als Umbrenal in den Handel kommende unschädliche Jodlithium (Golm).

Der Wert der Pyelographie bei der Nierentuberkulose ist, wie Negro an 14 Fällen fand, sehr zweifelhaft. Frühfälle, deren Diagnose besonders von Wichtigkeit wäre, geben stets ein negatives Resultat; nach längerer Dauer der Krankheit kann sich Erweiterung und unregelmäßige Begrenzung des Nierenbeckens finden, der Ureter ist dabei dann nicht selten ebenfalls erweitert. Die rein röntgenologische Unterscheidung der Bilder von denen, die bei Hydronephrosen und nichttuberkulösen Niereneiterungen gesehen werden, ist schwierig.

Goetze hat bei fraglicher Nierentuberkulose das Pyelogramm an der freigelegten Niere, deren Becken mit der Spritze gefüllt wurde, ausgeführt; er konnte dabei u. a. isolierte Erkrankung der Papillenspitzen erkennen.

Nach François stützen Veränderungen der Nierengestalt und der Nierenkelche, obgleich nicht pathognomonisch, die Vermutungsdiagnose auf Nierentumor; auch Hickey fand bei Nierentumoren im Pyelogramm Veränderungen der Nierenkelche und des Nierenbeckens. Grauhan fand bei Tumoren Füllungsdefekte, eingeengtes Nierenbeckenlumen und Verlagerung desselben; bei peripher wachsenden Tumoren muß, da das Pyelogramm nur geringfügige Veränderungen zu zeigen pflegt, die Pneumographie des Nierenlagers zu Hilfe genommen werden. Vom Pneumoperitoneum hat man bei der Röntgendiagnostik der Niere, da nur eine Vergrößerung zu erkennen ist, kaum Vorteile zu erwarten. Die einzelnen Formen der Nierentumoren können mit den verschiedenen Untersuchungsverfahren kaum auseinandergehalten werden. Vor allem kann die Frühdiagnose nur sehr bedingt durch das Pyelogramm erreicht werden; der palpatorische Nachweis ist auch heute noch das für die Diagnose ausschlaggebende Verfahren.

Blase und Harnröhre. Cystogramme, die durch Füllung mit einem Kontrastmittel erzielt sind, unterliegen nach Bumpus leicht Fehldeutungen: Divertikel können vorgetäuscht sein, wenn eine in ihrer Wand schlaffe Harnblase vom Abdomen her durch Organe eingedrückt wird. Die Tiefenausdehnung von Harnröhrendivertikeln ist schwer festzustellen; als Mittel, um eine Schätzung zu ermöglichen, schlägt Bumpus vor, das Divertikel mit einem Kontrastmittel höherer Dichte (z. B. Jodipin) isoliert zu füllen, während die Blase ein weniger schattengebendes Mittel enthält. Bei malignen Blasentumoren kann die nach dem Füllungsdefekt geschätzte Größe des Tumors umfang-

reichere Geschwülste vortäuschen, als tatsächlich vorliegen; Blutgerinnsel können daran schuld sein. Bumpus fertigt bei Cystographien vier Aufnahmen an: Die erste gerade von vorn nach hinten, je eine halbseitlich von links und rechts, schließlich noch eine quere. Weiss untersucht auf Divertikel am liebsten vor dem Röntgenschirm, während das Kontrastmittel einläuft.

Auf eine bei Nierentuberkulose häufige Veränderung des Cystogramms hat Freudenberg hingewiesen: Auf der kranken Seite pflegt die Blasenrundung abgeschrägt zu sein. Das Symptom, das auf der Infiltration der Blase in der Umgebung der Uretermündung der befallenen Seite beruht, kann besonders wertvoll sein, wenn die Cystoskopie und der Ureterenkatheterismus unmöglich sind.

Als eine Methode, die auch in schwierigen Fällen zum Ziele führen kann, bei denen wegen Blutung, Striktur usw. eine direkte Besichtigung der Wand nicht möglich ist, hat Rosenstein seine Pneumoradiographie der Blasenwand angegeben. Die Blase wird dabei mit Sauerstoff angefüllt, außerdem wird ins Cavum Retzii Sauerstoff eingeblasen. So gelingt die Röntgendarstellung der Blasenwand. Die Methode soll geeignet sein bei Tumoren der Blase und der Prostata, bei Prostatahypertrophie, bei Divertikel und Stein sowie bei Ureterdivertikel. — Ballenger, Elder und Lake gelang die Darstellung der Prostatavergrößerung durch Aufnahme nach einfacher Luftfüllung der Blase.

Fasiani sowie Burden fertigen die Röntgenogramme der Harnröhre während der Miktion aus der mit Kontrastmittel gefüllten Blase. Divertikel der Harnröhre, mehrfache Strikturen, perineale Urethralfisteln sind der Diagnose mit dieser Methode zugänglich.

Röntgenuntersuchung.

Allgemeines.

Baer, Gustav, Die Röntgenuntersuchung bei Unfallpatienten. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 43, S. 975—978 u. Nr. 44, S. 1000—1005.) **33**, 787.

Breitmann, M., und E. Giese, Die röntgenometrische Untersuchung bei Störungen der inneren Sekretion. (2. russ. Röntgenkongr., Sitzg. v. 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, H. 3/4, S. 95—97.) (Russisch.) **35**, 214.

Dunn, Louis, X-ray as a diagnostic aid in cases of haemangioma. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 6, S. 880—882.) **34**, 684.

Fritz, O., Ascariden im Röntgenbild. (88. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, dtsch. Röntgenges., Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **32**, Kongreßh. 2, S. 20.) *

Heuser, Carlos, Lipiodol in the diagnosis of pregnancy. (Lancet Bd. **209**, Nr. 22, S. 1111—1112.) **35**, 385.

Le Fevre, W. I., Recent roentgenographic findings in cases of severe gun-shot wounds received during the world war. (Radiology Bd. **4**, Nr. 2, S. 118—121.) **33**, 29.

Menninger, Karl A., Heredosyphilitic cranial osteoporosis. A preliminary report on a Roentgen-ray stigma found in late congenital syphilis. (Radiology Bd. **4**, Nr. 6, S. 480—491.) **34**, 573.

Miranda Gallino, Martin, Radiologische Untersuchung von Fisteln und Hohlräumen nach Operationen. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 20, S. 743—747.) (Spanisch.) **34**, 483.

Röntgenuntersuchung des Kopfes. Ventrikulographie.

Andreani, Andrea, Tumore cerebrale ed encefalografia. (Div. med., osp. civ., Padova.) (Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 5, S. 233—240.) **32**, 653.

Bakuleff, A., Über die Bedeutung der Pneumographie des Gehirns bei Geschwülsten der Hypophysis. (Chir. Hospitalsklin., Univ. Ssaratov, Chef Prof. Sspassokukozkij.) (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 3/4, S. 110—112.) (Russisch.) **33**, 788.

Brinkmann, Franz, Nebenerscheinungen bei der Encephalographie und ein Versuch zu ihrer Erklärung. (Anat. Inst., Univ. Bonn.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 11, S. 579—581.) **32**, 169.

Bruskin, J., und S. Frenkel, Die diagnostische Bedeutung der Encephalographie bei Erkrankungen des Gehirns. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 5, S. 159 bis 174.) (Russisch.) 35, 426.

Carpenter, E. R., Pneumoventriculography in the localization of brain abscess. (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 4, S. 392—396.) 33, 25.

Delherm et Morel-Kahn, La radiographie des tumeurs cérébrales (tumeurs de l'hypophyse exceptées). (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 116, S. 44—48.) 32, 868.

Dobrzanski, A., und H. Lenartowski, Über die Anwendung von Lipiodol in der Diagnostik der Kieferhöhlenerkrankungen. (Klin. oto-laryngol., univ., Lwow.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 25, S. 578—580.) (Polnisch.) *

Elsberg, Charles A., and Samuel Silbert, Changes in size and relations of lateral ventricles in tumors of brain. A prelim. report. (Laborat. f. exp. neurol., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., Mount Sinai hosp. New York neurol. inst., New York.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 4, S. 489—501.) 34, 66.

Fay, Temple, The cerebral vasculature. Preliminary report of study by means of Roentgen ray. (Laborat., Dr. Spiller, dep. of neurol., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 23, S. 1727—1730.) 33, 197.

Fischer, Hermann, Beitrag zur Encephalographie. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 53—55.) 33, 416.

Foerster, O., Encephalographische Erfahrungen. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 94, H. 4, S. 512—584.) 34, 885.

Goldhammer, Karl, und Arthur Schüller, Die Varietäten der Sella turcica. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 6, S. 894—900.) 34, 627.

Guillain, Georges, Th. Alajouanine et L. Girot, Contribution à l'étude des symptomes radiologiques des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux. (Ann. de méd. Bd. 17, Nr. 5, S. 525—547.) 32, 868.

Haas, Ludwig, Erfahrungen auf dem Gebiete der radiologischen Selladiagnostik. (Röntgeninst., Apponyi-Poliklin., u. Biroó-Daniel-Spit. Budapest.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 3, S. 419—422 u. H. 4, S. 469—494.) 33, 571.

Herrmann, G., Encephalographiestudien. II. Über Technik, Neben- und Nachwirkungen der Encephalographie. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 96, H. 4/5, S. 736—746.) *

Jüngling, O., Sind die Foramina Magendi und Luschkae physiologischerweise offen oder nicht? Zugleich Bemerkung zu der Arbeit von Brinkmann: Nebenerscheinungen bei der Encephalographie und ein Versuch zu ihrer Erklärung. Dieses Zentralblatt 1925. Nr. 11. S. 579. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 24, S. 1299—1304.) 36, 872.

Lévy, Gabrielle, Radiothérapie et radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale. (Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 2, Nr. 5, S. 550—576.) 34, 482.

Lurie, W. A., The dental X-ray picture. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 221—227.) *

Mayer, O., Röntgenographische Darstellung der Ausdehnung von Schläfenlappenabscessen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 534—538 u. 562—565.) 33, 865.

Mingazzini, Ermanno, L'importanza della ventricolografia e dell'encefalografia nella diagnostica delle affezioni chirurgiche cerebrali. (Istit. clin. chir., univ., Roma.) (Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. 2, H. 2, S. 97—126.) *

Naffziger, Howard C., A method for the localization of brain tumors. The pineal shift. (Div. of neurol. surg., univ. of California med. school., San Francisco.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 481—484.) 32, 80.

Penfield, Wilder G., Cerebral pneumography. Its dangers and uses. (Surg. dep., Columbia univ., Presbyterian hosp., a. New York neurol. inst., New York.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 13, Nr. 5, S. 580—591.) 32, 867.

Pierson, J. W., The localization of brain tumours by ventriculography. (Journ. of cancer Bd. 2, Nr. 8, S. 22—24; Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. 30, Nr. 303, S. 384—387.) 33, 701.

Read, Charles, Dental focal infection and its diagnosis by X-rays. (Dental hosp. a. roy. infirmary, Glasgow.) (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 6, S. 356 bis 362.) 32, 328.

Reinberg, Hermann, Zur Encephalographiefrage. Bemerkung zu den Aufsätzen von Jüngling, Nr. 24, S. 1299 und Brinkmann, Nr. 11, S. 579 dieses Zentralblattes. 1925. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 37, S. 2057—2058.) 33, 162.

Schuster, Gyula, Neuere Erfahrungen über die encephalographische Untersuchung des Gehirnes und der Schädelhöhle. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 22, S. 512—516.) (Ungarisch.) 33, 571.
Schuster, J., Erfahrungen mit der Encephalographie. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 131.
Schuster, Julius, Über das Entstehen von Trugbildern bei der encephalographischen Untersuchung des Gehirns. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 12, S. 552—554.) 31, 807.
Sciglіano, S., Nuovo metodo di diagnostica cranica: La pneumoventricolografia. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 2, S. 25—27.) *
Simonson, S., Die Röntgendiagnostik der Granulombildungen der Zähne und der Alveolarpyorrhöe. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 187—192.) (Russisch.) *
Sosman, Merrill C., and Tracy Jackson Putnam, Röntgenological aspects of brain tumors-meningiomas. (Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 1, S. 1—12.) 32, 652.
Spohn, W., Über Ergebnisse der Encephalographie. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen-, Halsleiden, Königsberg i. Pr.) (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 49, S. 504—506.) *
Stewart, William H., Skull fractures. Roentgenologically considered. With surgical comments by William H. Luckett. (Ann. of roentgenol. Edit. by James T. Case. Bd. 6.) (New York: Paul B. Hoeber 1925. XXIX, 64 S. u. 44 Taf. Geb. $ 12.—.) 34, 230.
Stewart, William H., The time factor in the disappearance of roentgenographic evidence of fracture of the skull. (Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. 30, Nr. 304, S. 399—415.) 34, 682.
Uslenghi, José P., Neue Technik zur radiologischen Untersuchung der Speicheldrüsen. (Rev. de la soc. argentina de radio y electrol. Bd. 1, Nr. 1, S. 42—46; Rev. de diagnost. y tratamiento fisicos Jg. 1, Nr. 4, S. 172—173.) 34, 286. 35, 533.
Wartenberg, R., Encephalographische Erfahrungen. (Psychiatr. u. Nervenklin. u. chir. Klin., Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 94, H. 4, S. 585—628.) 34, 888.

Röntgenuntersuchung von Wirbelsäule und Rückenmark.

Abelheim, A., Notes on a tumour of the spinal cord. Located by X-ray examination according to professor Sicard's method. (Med. journ. of South Africa Bd. 20, Nr. 7, S. 186—187.) *
Albrecht, Kurt, Die röntgenologische Darstellung von Rückenmarkstumoren mit Jodipin. (Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.) (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 60, H. 1, S. 1—33.) 34, 627.
Bau-Prussak, S., Über den diagnostischen Wert der Lipiodolmyelographie. (Krankenh. „Czyste", Warschau.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 3/4, S. 453—474.) 34, 286.
Berberich, J., und S. Hirsch, Zur röntgenographischen Darstellung des Rückenmarks (Myelographie). (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 1, S. 14—16.) 31, 857.
Cocchiararo, Giovanni, e Roberto Rordorf, La puntura sottoccipitale e introduzione nella rachide di sostanze opache ai raggi X. (Osp. incurabili, Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 2, S. 29—32.) 31, 274.
Ebaugh, Franklin G., The use of lipiodal in the localization of spinal lesions. Prelim. study. (Neuropsychiatric dep., Philadelphia gen. hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 6, S. 865—869.) 32, 571.
Egas Moniz, Kompressionen innerhalb des Wirbelkanals und die Sicardsche Probe mit Jodöl. (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 2, S. 57—105.) (Portugiesisch.) 33, 262.
Eskuchen, Karl, Die Diagnose des spinalen Subarachnoidealblocks. II. Die Höhendiagnose, insbesondere mittels lumbaler Luftfüllung und zisternaler Jodipininjektion. (Krankenstift, Zwickau.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 18, S. 870—875.) 33, 641.
Grandy, C. C., A new method for making radiographs of the cervical vertebrale in lateral position. (Radiology Bd. 4, Nr. 2, S. 128—129.) 34, 344.
Haynal, Imre, und Gyula Schuster, Die klinische Anwendung der Lipiodolprobe (Sicard). (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 23, S. 537—540.) (Ungarisch.) 33, 571.
Holst, L. v., Die Spondylitis nach Fleck- und Rückfallfieber im Röntgenbilde. (Röntgenabt., 1. Militärkrankenh., Moskau.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 3, S. 321—372.) 31, 591.
Krause, Fedor, Bemerkungen über die Myelographie mittels Lipiodol und Jodipin. (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 99, H. 3/4, S. 514—517.) 34, 286.

Maclaire, A. S., Lipiodol in neurosurgery. With a report of a case with deleterious results. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 6, S. 874—880.) **34**, 222.

Mayer, Ernst G., Zum röntgenologischen Nachweis von Frakturen der Schädelbasis. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh. u. allg. Krankenh., Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 1, S. 52—54.) **31**, 906.

Mingazzini, G., und H. Mingazzini, Ein neuer Beitrag zur örtlichen Diagnostik von Rückenmarkstumoren. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **84**, H. 1/3, S. 45 bis 51.) **31**, 218.

Mingazzini, Hermann, Über ein neues Kontrastmittel für die Radiodiagnostik der Rückenmarkstumoren. (Chir. Klin., Univ., Rom.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 3, S. 421—428.) **32**, 169.

Mixter, William Jason, The use of lipiodol in tumor of the spinal cord. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 1, S. 35—45.) **34**, 756.

Oljenick, Ign., Erfahrungen mit Lipiodol bei Rückenmarkserkrankungen. (Neurol. u. chir. Univ.-Klin., Amsterdam.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **88**, H. 1/2, S. 14—41.) **34**, 755.

O'Reilly, Archer, Malformation of the lower spine based on a roentgenographic study of children and adults. (Clin. orthop. surg., Washington univ. med. school, St. Louis.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 4, S. 997—1007.) **33**, 572.

Pátek, Josef, Jodipin als Kontrastmittel für Röntgenuntersuchung des Rückenmarkes und der Lunge. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 21, S. 820—821.) (Tschechisch.) *

Peiper, Weitere Erfahrungen mt der röntgenologischen Darstellung chirurgischer Rückenmarksaffektionen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15. bis 18. IV. 1925.) **31**, 660.

Peiper, Die röntgenologische Darstellung raumbeengender Prozesse des Liquorraumes (Myelographie). Untersuchung von 31 Fällen. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**. Kongreßh., S. 55.) **33**, 361.

Peiper, Herbert, und Heinrich Klose, Über die Grundlagen einer Myelographie. (Klinik. Histologie. Röntgenologie.) I. Mitt. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2/3, S. 303—387.) **32**, 9.

Piccinino, Guido, La Roentgen-lipiodo-diagnosi dello speco vertebrale. (Istit. di terapia fisica, osp. uniti, Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 3, S. 381—384.) **34**, 756.

Roger, Henri, Les épreuves lipiodolées sous-arachnoïdienne et épidurale de Sicard. Technique et images radiologiques. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 4, S. 81—90.) **31**, 856.

Roger, Henri, Les épreuves lipiodolées sous-arachnoïdiennes et épidurales de Sicard dans le diagnostic des lésions vertébroméningo-médullaires. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 7, S. 145—152.) **31**, 856.

Schuster, Julius, Ventrikulographie mit Lipiodol ascendens und descendens. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 43, S. 2064—2066.) **33**, 499.

Sicard, J.-A., Coste, J. Belot et Gastaud, Aspects radiographiques du cancer vertébral. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 8, S. 353—382.) **34**, 14.

Sicard, J.-A., et J. Forestier, L'exploration radiologique par l'huile iodée. Quatre années d'expérience. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 1. VIII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 6, S. 438—455.) **35**, 79.

Sittig, Otto, Zur Höhenlokalisation der Rückenmarkstumoren. (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **59**, H. 3/4, S. 200—208.) *

Smitt, W. G. Sillevis, und S. T. Bok, Lipiodol bei der röntgenologischen Untersuchung des Rückenmarkes und seiner Häute. (Psychiatr.-neurol. Klin., Valeriusplein, Amsterdam.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **87**, H. 4/6, S. 263—281.) **34**, 483.

Sorrel, Etienne, et Georges Mauric, Diagnostic radiographique des abcès prévertébraux du mal de pott cervical par le refoulement de la colonne claire aérienne. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 11, S. 497—502.) **34**, 344.

Souques, Lafourcade et Terris, Vertèbre „d'ivoire" dans un cas de cancer métastatique de la colonne vertébrale. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 1, Nr. 1, S. 3—10.) **32**, 9.

Veraguth, Otto, Subduraler Tumor auf dem Lumbosakralmark. Lipiodolbild. Operation. Heilung. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 45, S. 1022—1027.) **34**, 483.

Röntgenuntersuchung des Halses.

Bertolotti, Mario, Studio radiologico dei tumori cranio-faringei. (Istit. di radiol. med., osp. magg. d. città, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 621—652.) **33**, 416.

Manges, Willis F., Roentgen diagnosis of non-opaque foreign bodies in the trachea. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 5, S. 429—437.) **33**, 641.

Sgalitzer, Max, Indikationsstellung für die Art der Kropfbehandlung auf Grund der Röntgenuntersuchung. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 6, S. 219—221.) **31**, 275.
Staunig, K., Röntgenbefund und Epikrise eines Falles von Cystadenom der Trachea. (Zentral-Röntgeninst., Univ. Innsbruck.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 18, S. 483—484.) **32**, 492.

Röntgenuntersuchung der Brust.

Abramowič, F., Die Röntgendiagnostik der Bronchiektasien und die Erfolge der Therapie derselben. (2. russ. Röntgenkongr., 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 79—80.) (Russisch.) **35**, 277.
Beck, Oscar, und M. Sgalitzer, Über Bronchographie mittels Larynxkatheters. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh. u. I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 28, S. 1537—1541.) **32**, 816.
Burrell, L. S. T., and Stanley Melville, The value of lipiodol in the diagnosis of bronchiectasis. (Lancet Bd. 209, Nr. 6, S. 278—279.) **34**, 411.
Carty, John R., and Charles Liebman, The roentgen aspect of empyema in children. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 3, S. 215 bis 218.) **33**, 362.
Castex, Mariano R., H. H. Carelli und Hernán D. González, Das Lipiodol in der radiologischen Untersuchung des Perikards. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 18, S. 657—663.) (Spanisch.) **34**, 132.
Cignolini, Pietro, Un nuovo metodo per lo studio radiologico della pleura. Nota prev. (Gabinetto di radiol., osp. civ., Genova.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 35, S. 1213—1214.) **33**, 641.
Clerf, Louis H., Pneumonography. (Bronchoscopic clin., Philadelphia.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 722—727.) **34**, 345.
Eisler, Fritz, Zur Röntgendiagnose der Lungentumoren. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 11, H. 2, S. 245—250.) *
Elischer, J., Die Röntgendiagnostik und Therapie der Pleuraerkrankungen. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 218.
Escudero, P., H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Röntgenuntersuchung der Leber-Bronchien-Fisteln. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 12, S. 563 bis 566.) (Spanisch.) *
Escudero, Pedro, H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Sichtbarmachung der hepatobronchialen Fisteln durch retrograde Füllung mit jodiertem Öl. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 260—263.) (Spanisch.) **35**, 310.
Fleischner, Felix, Zur Röntgendiagnose der Lungenkrankheiten. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Jg. 16, H. 8, S. 31—41.) *
Gaarde, Fred W., Clinical differentiation of cases with abnormal X-ray shadows in the mediastinum. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1235—1246.) *
Groover, T. A., A. C. Christie, E. A. Merritt and F. O. Coe, Röntgen-ray diagnosis and treatment of thymoma. Report of two cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1125—1128.) **33**, 788.
Heuser, Carlos, Roentgenography of hydatid cysts of the lung. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 529—533.) *
Josefson, Arnold, Eine vereinfachte Methode zur Füllung von Höhlenbildungen in den Lungen. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 35, S. 985—991.) (Schwedisch.) **33**, 788.
Keijser, S., Röntgenuntersuchung der Lungen nach Einspritzung von Lipiodol in die Luftwege. (Geneesk. klin., rijks-univ., Groningen.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 12, S. 1296—1300.) (Holländisch.) **32**, 80.
Kováts, F. v., Die Röntgendiagnose der Bronchiektasie mittels „Lipiodol Lafay“. (Röntgeninst. Dr. Egan, Szeged, Ungarn.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 16, S. 653—654.) **32**, 492.
Kudrjawzewa, N., Zur Röntgendiagnostik der Lungeneiterungen. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 72—73, Leningrad 1925.) (Russisch.)*
Kurtzahn und Woelke, Kontrastmittel in den Luftwegen. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 215—221.) **32**, 697.
Landau, Walter, Die intratracheale Verwendung von Jodipin zur Kontrastdarstellung in der Röntgendiagnostik der Atmungsorgane. (Städt. Krankenanst., Breslau-Herrnprotsch.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 39, S. 1861—1866.) **33**, 363.
Lenk, R., und F. Haslinger, Röntgenuntersuchungen an normalen und kranken Bronchien nach Füllung mit Lipiodol. Gleichzeitig ein Beitrag zur Pathologie der

Lungeninfiltrate. (Allg. Krankenh. u. Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Wien.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 32, S. 1533—1535.) *

Löfberg, Otto, Über Bronchographie. (Kir. avdel., allm. sjukh., Malmö.) (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 10, S. 289—299.) (Schwedisch.) *

Lorey, Über den Wert der Kontrastfüllung der Bronchien zur Darstellung der Bronchiektasen. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 58—61.) **33**, 362.

Marque, Alberto M., und Armando Grosso, Zum Studium der Röntgenuntersuchung des Respirationsapparates mittels Lipojodol. (Rev. méd. latino-americana Jg. **10**, Nr. 115, S. 826—828.) (Spanisch.) *

Nagy, Andor, Bronchographie, Kontrastfüllung der Bronchien mit Jodipin. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 25, S. 586—587.) (Ungarisch.) *

Nather, K., und M. Sgalitzer, Zur Technik der Bronchographie („Verschluckmethode"). (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 28, S. 1534 bis 1537.) **32**, 815.

Pátek, Josef, Jodipin als Kontrastmittel für Röntgenuntersuchung des Rückenmarkes und der Lunge. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 21, S. 820—821.) (Tschechisch.) . *

Pritchard, J. S., The value of lateral and oblique Roentgen-light exposure in the diagnosis of thoracic affections. (Dep. of pulmonary dis., Battle Creek sanat.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 557—567.) **31**, 274.

Reinberg, Sam. A., Zur Röntgendiagnostik der Lungencysticerkose. (Staatsinst. f. Röntgenol. u. Radiol., Leningrad.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 3, S. 382—386.) **33**, 363.

Ruggles, Howard E., and Lloyd Bryan, Lipidol in the diagnosis of chest disease. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 10, S. 1280—1281.) *

Sante, L. R., and E. P. Lehman, Localization of lung abscess by the Roentgen-ray, with special reference to the use of the Hirtz compass. A prelim. report. (Dep. of radiol. a. surg., St. Louis city hosp. a. St. Mary's hosp., St. Louis.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 3, S. 394—407.) **35**, 79.

Saupe, Erich, Das Thoraxröntgenbild im frühesten Kindesalter. (Lehmann's med. Atlanten. Bd. **16**.) (München: J. F. Lehmann 1925. 79 S. u. 14. Taf. Geb. RM. 10.—.) **32**, 490.

Sayé, L., und F. Ferrando, Intratracheale Injektionen von jodiertem Öl in der Röntgendiagnostik der Lungen- und Rippenfellerkrankungen, besonders der Bronchiektasie. (Rev. méd. de Barcelona Bd. **3**, Nr. 15, S. 233—253.) (Spanisch.) *

Segura, Gerardo, Intratracheale Lipoidolinjektionen als diagnostisches Hilfsmittel. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 1, S. 24—40.) (Spanisch.) *

Sergent, Emilie, et Paul Cottenot, Ce que la clinique peut demander aux injections intratrachéales de lipiodol dans le radiodiagnostic des affections de l'appareil respiratoire. Difficultés et erreurs d'interprétation. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 31, S. 500 bis 502.) **32**, 816.

Sgalitzer, Jodipinfüllung der Bronchien. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 661.

Sicard, J.-A., et J. Forestier, L'exploration radiologique par l'huile iodée. Quatre années d'expérience. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 1. VIII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. **6**, S. 438—455.) **35**, 79.

Silberstern, E., und S. Singer, Über tumorartiges Aussehen der Tuberkulose im Röntgenbilde. (II. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 33, S. 1910—1913 u. Nr. 41, S. 2283—2288.) **34**, 344.

Švejcar, J., Diagnostik der Bronchiektasien mittels Lipiodol. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 15, S. 568—571.) (Tschechisch.) *

Tagliabue, Enrico, L'indagine radiologica dell'apparecchio respiratorio con iniezioni intratracheali di lipiodol. (Istit. di patol. spec. med., univ., Pavia.) (Boll. de soc. med.-chir. Pavia Jg. **36**, H. 6, S. 575—583.) **32**, 328.

Röntgenuntersuchung des Bauches. Pneumoperitoneum.

Arpási, A., Eine einfache Methode zum Nachweise der Adhäsionen der Bauchorgane im Röntgenbilde. (Heiliges Dreifaltigkeitsspit., Györ [Ungarn].) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 41, S. 1734.) **33**, 867.

Horálek, František, Diagnostische Verwendung des Pneumoperitoneum in der Gynäkologie. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 30, S. 1105—1109.) (Tschechisch.) **33**, 505.

Kramarenko, Jurij, Eine neue Technik der Anlegung des Pneumoperitoneums. (Diagnost. Röntgenabt., Zentral-Arbeiter-Poliklin., Kieff.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 3, S. 389—391.) 33, 87.

Laurell, Hugo, Weitere Beiträge zur Röntgenologie der abdominellen Mischgeschwülste. (Akad. Krankenh., Upsala.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 480—498.) (Schwedisch.) 33, 789.

Le Wald, Leon Theodore, Subphrenic abscess and its differential diagnosis roentgenologically considered. (Bellevue hosp., New York.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 544 bis 566.) 31, 434.

Madinaveitia, J. M., Das Pneumoperitoneum. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 164, S. 162—167.) (Spanisch.) 33, 364.

Meyer, Hermann, Das Pneumoperitoneum als Untersuchungsmethode für den Magen-Darmkanal. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 4, S. 509—527.) 32, 571.

Ottosen, David, The Roentgen-diagnosis of diaphragmatical hernia and eventration. (Roentgen clin., Bispebjerg hosp., Copenhagen.) (Acta radiol. Bd. 3, H. 6, S. 509 bis 514.) *

Pazzi, Ermanno, Contributo alla interpretazione radiologica di ombre di calcificazioni nell'ipocondrio destro. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 586—590.) 34, 412.

Piergrossi, Lamberto, Contributo alla iconografia radiologica dei tumori addominali. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 1, S. 16—51.) 31, 906.

Salleras, Juan, Radiologische Diagnose der polycystischen Niere mit Pneumoperitoneum. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 5, S. 114—118.) (Spanisch.) *

Simon, Thilo, Die subjektiven Beschwerden bei Anlegung eines Pneumoperitoneums. (Anat. Inst., Univ. Erlangen.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 16, S. 589—590.) 32, 698.

Skinner, E. H., and Ira H. Lockwood, Roentgen analysis of some unusual abdominal lesions. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 6, S. 397—402.) 32, 492.

Teschendorf, Werner, Zur Beurteilung des Nierenschattens im Röntgenbild bei Pneumoperitoneum. (Med. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 207—209.) 33, 503.

Röntgenuntersuchung des Oesophagus.

Bittorf, A., und L. Hübner, Der Oesophagus bei Kyphoskoliosen im Röntgenbilde. (Med. Univ.-Poliklin., Breslau.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 1, S. 59—68.) 32, 447.

Faulhaber, M., und L. Katz, Die Röntgendiagnostik der Speiseröhrenerkrankungen. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechsel-Krankh. Bd. 5, H. 8, S. 1—46. RM. 2.25.) 34, 131.

Faulhaber, Melchior, Die Röntgendiagnostik der Magen-, Darm- und Speiseröhrenerkrankungen. (Halle: Marhold 1925. 112, 100, 46 S. u. 4 Taf. RM. 8.—.) *

Gilse, P. H. G. van, „Indirekte" Diagnose der tracheo-oesophagealen Fistel mittels Röntgenaufnahme. (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Amsterdam.) (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 2, S. 202—205.) 32, 815.

Huizinga, Eelco, und S. Keijser, Über die Röntgenuntersuchung bei Peri-Oesophagitis. (Neus-, keel- en oorheelk. klin. en radiol. inst., acad. ziekenh., Groningen.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 12, S. 1328—1332.) (Holländisch.) 33, 866.

Palugyay, Josef, Röntgenologische Beobachtungen über das funktionelle Verhalten der Kardia beim Kardiospasmus und der „idiopathischen Speiseröhrendilatation." (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 287—312.) 31, 808.

Pinós Marsell, A., Röntgen-Diagnose des Oesophaguskrebses. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 3, Nr. 14, S. 102—120.) (Spanisch.) 32, 131.

Spiess, Gustav, Der Wert der Röntgenuntersuchung für den Nachweis und klinischen Verlauf bei Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 236—238.) 32, 697.

Starck, Hugo, Über spasmogene Speiseröhrenerweiterungen im Röntgenbild. (Städt. Krankenh., Karlsruhe.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 4, S. 504 bis 508.) 33, 262.

Stern, N., Die Röntgendiagnostik der Oesophagusdivertikel. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 171—180.) (Russisch.) 35, 354.

Röntgenuntersuchung von Magen und Darm (einschließlich Appendix).

Arens, Robert A., and Arthur R. Bloom, The normal and pathological appendix. A clinical roentgenological study. (Michael Reese hosp., Chicago.) (Radiology Bd. **5**, Nr. 6, S. 509—519.) **34**, 223.

Armani, Lodovico, Contributo radiologico alla conoscenza dell'invaginazione intestinale subacuta e cronica. (Osp. civ., Biella.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. 2, S. 53 bis 64.) **31**, 514.

Armani, Lodovico, Comportamento radiologico non comune dell'ultima ansa del tenue. (Osp. civ., Biella.) (Giorn. di clin. med. Jg. **6**, H. 2, S. 62—65.) **32**, 572.

Attinger, E., Die Röntgenuntersuchung des Bulbus duodeni mittels der Methode der dünnen Schicht. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 37, S. 841 bis 844.) **33**, 364.

Baastrup, Chr. I., und Ejnar Nielsen, X-ray examination and treatment in a case of psammous, peritoneal papilloma. (Bispebjerg hosp., Copenhagen.) (Acta radiol. Bd. **4**, H. 6, S. 603—607.) **34**, 683.

Baensch, Zur Technik der Duodenaldiagnostik. (Röntgeninst., chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 3, S. 386—388.) **32**, 169.

Bakke, Sigv., Bemerkungen zur Röntgenuntersuchung bei Magen-Duodenalgeschwüren. (Med. rev. Jg. **42**, Nr. 5, S. 199—215.) (Norwegisch.) *

Bauermeister, W., Die verschiedenen Formen der Magenperistaltik und -spasmen im Röntgenbild. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 3, S. 393 bis 401.) **32**, 271.

Bauermeister, W., Über die verschiedenen Formen der Magenperistaltik in ihrer pathognomonischen Bedeutung. (**16**. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 121—122.) **33**, 364.

Berg, H. H., Direct signs of duodenal ulcer. (Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. **30**, Nr. 303, S. 372—376.) **34**, 133.

Bianchi, Giovanni, Sull'aspetto radiologico della peristalsi gastrica nell'ernia diaframmatica dello stomaco. (Osp. civ., Sampierdarena.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 4, S. 639—644.) **33**, 499.

Bouchut, L., Radioscopie des colons et ptoses coliques. (Journ. de méd. de Lyon Jg. **6**, Nr. 133, S. 407—414.) **32**, 698.

Breitländer, Kurt, Kardiospasmus im Röntgenbilde. (Kurzer Beitrag.) (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 6, S. 884 bis 886.) **34**, 411.

Buckstein, Jacob, The duodenogram: A new method of visualizing the entire duodenal contour. (Radiographic serv., Dr. I. Seth Hirsch, Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 510—511.) **32**, 653.

Buckstein, Jacob, Combined gastric and duodenal ulcer. (Radiograph. dep., Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 18, S. 1336 bis 1337.) **33**, 198.

Bull, Christian Rosing, Eine klinische und röntgenologische Studie über das chronische Magen- und Duodenalgeschwür und seine chirurgische Behandlung. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Okt.-Beih., S. 5—213.) (Norwegisch.) **33**, 866.

Cabrini, Serafino, Lo studio radiologico dell'appendicite cronica e dell'appendicite in via di raffreddamento. (Osp. magg. Jg. **13**, Nr. 7, S. 195—205.) **34**, 224.

Carman, R. D., Technical aids in the Roentgenological demonstration of lesions high in the stomach and on the posterior wall. (Radiology Bd. **4**, Nr. 1, S. 33—39.) **32**, 353.

Carman, Russell D., The roentgenologic diagnosis of peptic ulcer. (Mayo clin., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 18, S. 1381—1382.) **34**, 16.

Case, James T., Gastric and duodenal roentgenray findings after operation. (Battle Creek sanit., Battle Creek.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 18, S. 1385—1391.) **33**, 702.

Chabrol, Etienne, J.-L. Lapeyre et Laurain, Recherches sur l'exploration radiologique du duodénum par le tube d'Einhorn. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 116, S. 49—52.) **31**, 808.

Childs, Samuel B., Appendicitis and lesions complicating its diagnosis: Deductions from X-ray examinations. (Radiology Bd. **4**, Nr. 2, S. 107—110.) **33**, 419.

Cunha, Juan, Über Duodenalanatomie und -physiologie vom radiologischen Standpunkt aus. (Clin. quir., prof. Navarro, Montevideo.) (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 5, S. 409—426.) (Spanisch.) **33**, 866.

Cunha, Juan, Radiologic considerations of gastro-duodenal anatomy and physiology. (Surg. chir. of prof. Navarro, Montevideo, Uruguay.) (Radiology Bd. **5**, Nr. 6, S. 459 bis 467.) *

Del Valle, H., Klinisch-Chirurgisches und Radiologisches über das Duodenalulcus. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 1, S. 78 bis 94.) (Spanisch.) **34**, 132.

Diamond, J. S., The niche as the Roentgen sign of duodenal ulcer; with a report of forty-two cases: A simple method to aid in its visualization. (Radiology **4**, S. 93.) **32**, 354.

Diamond, Joseph S., Clinical and Roentgen considerations of duodenal ulcer. Including some newer phases of Roentgen interpretation. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 12—17.) **32**, 868.

Discussion on the value of X-rays in the diagnosis of diseases of the colon. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 11, sect. of surg., 13. V. 1925, S. 63—72.) **33**, 366.

Faulhaber, Melchior, Die Röntgendiagnostik der Magen-, Darm- und Speiseröhrenerkrankungen. (Halle: Marhold 1925. 112, 100, 46 S. u. 4 Taf. RM. 8.—.) *

Fischer, A. W., Über die Röntgenuntersuchung des Dickdarms mit Hilfe einer Kombination von Lufteinblasung und Kontrasteinlauf („kombinierte Methode"). (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2/3, S. 209—269.) **31**, 808.

Forssell, Die Bewegungsvorgänge der Schleimhaut des Magendarmkanales. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 4—8 u. S. 19—28.) **33**, 417.

Frandsen, Johs., The prognostic significance of Haudek's notch. (Med. clin. B., univ., Copenhagen.) (Acta med. scandinav. Bd. **61**, H. 6, S. 481—497.) **32**, 328.

Georgescu, Amilcar, Betrachtungen über die röntgenologische Diagnose des Duodenalulcus. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 5, S. 191—196.) (Rumänisch.) *

Giovetti, Vittorino, Di un altro caso di ascaride nel tenue scoperto radiologicamente. (Istit. di elettroterapia e radiol. med., univ., Roma.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. 10, S. 669—674.) **33**, 420.

Groedel, Die Eigenbewegung des Magens im Röntgenbild. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **3**, Kongreßh., S. 8—15 u. S. 19—28.) **33**, 417.

Guillemin, A., Diagnostic radioscopique des perforations gastro-intestinales. Le pneumo-péritoine spontane. (Clin. chir., fac. de méd., univ., Nancy.) (Arch. francobelges de chir. Jg. **28**, Nr. 8, S. 684—702.) **34**, 345.

Gunsett, A., et D. Sichel, Nouvelles radiographies du carrefour duodénal contrôlées par l'opération. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 5, S. 223—233.) **32**, 447.

Hartung, Adolph, Diverticula of the duodenum. (Radiology Bd. **4**, Nr. 4, S. 308 bis 318.) **32**, 868.

Haudek, Zur Frage der Verläßlichkeit der Magennische für die Ulcusdiagnose. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 56.) **33**, 499.

Haudek, M., Zur Frage der Verläßlichkeit der Magennische für die Ulcusdiagnose. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 5, S. 651—661.) **33**, 499.

Heile, Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die Diagnose des Pylorusspasmus der Säuglinge und für die Erkennung der Dauerheilung der Erkrankten. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 661.

Heile, Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung beim kindlichen Pylorospasmus für die Diagnose und für die Dauerheilung. (Krankenh. Paulinenstift, Wiesbaden.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 38, S. 1586—1588.) **33**, 416.

Holm, Göran, Röntgenologische Diagnose von perforiertem Magengeschwür. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 30, S. 865—868.) (Schwedisch.) **33**, 26.

Huber, O., Zur Röntgendiagnose der Magen-Zwerchfellhernie. (Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 18, S. 729 bis 730.) **33**, 26.

Hurst, Arthur F., and P. J. Briggs, Diverticula of the stomach: A possible source of error in the radiological diagnosis of gastric ulcer. (Guy's hosp., London.) (Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 294, S. 1—8.) **31**, 276.

Kaestle, Die Duodenalperistaltik und der Massentransport im Duodenum. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 15—17 u. S. 19—28.) **33**, 418.

Knapp, Victor, The Roentgen diagnosis of duodenal ulcer. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 7, S. 373—376.) **34**, 223.

Kohlmann, Gerd, Die Klinik und Röntgendiagnose der Duodenal-Kolon-Fistel. (Med. Klin., Univ. Erlangen.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 4, S. 554—561.) **32**, 572.

Korchov, I., und K. Hess-de-Kalvé, Veränderungen des Blutbildes und der Blutfermente nach isolierter Bestrahlung der Milz nach Manuchin. (Verhandl.

d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 161—163.) (Russisch.) **37**, 747.

Lapenna, Marino, Contributo allo studio radiologico dei tumori del colon. (Istit. di clin. med., univ., Roma.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 2, S. 258—264.) **32**, 817.

Laurell, Hugo, Freies Gas in der Bauchhöhle. (Akad. Krankenh. Upsala.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 6, S. 590—602.) **34**, 286.

Lazeanu, E., Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung bei chronischer Appendicitis. (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 7, S. 652—657.) (Rumänisch.) *

Ledoux-Lebard, R., Le radiodiagnostic des affections organiques du gros intestin. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 7, S. 316—320.) **33**, 419.

Lefrak, Louis, The relative value of the X-ray in gastro-intestinal diagnosis. (Med. times Bd. 53, Nr. 6, S. 143—145 u. S. 153.) *

Lipschutz, Emanuel W., Duodenal diverticulosis, with report of a case seen roentgenologically. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 1, S. 53—57.) *

Lutz, J. Raymond, Stomach with two gas bubbles. Report of case. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 534—535.) **32**, 816.

M'Crea, E. D., B. A. M'Swiney, J. W. Morison and J. S. B. Stopford, The normal movements of the stomach. (Dep. of physiol. a. anat., univ., Manchester.) (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 295, S. 48—67.) **31**, 590.

Merrill, A. S., Report of 5000 gastrointestinal examinations by the Roentgen ray. (Dep. of roentgenol., Massachusetts gen. hosp., Boston.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 4, S. 310—319.) **34**, 62.

Moore, Alexander B., and William J. Marquis, The roentgenologic diagnosis of gastrojejunal ulcer. (Mayo clin., Rochester.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 5, S. 432—435.) **36**, 784.

Mordvinkin, N. F., Über eine seltene Varietät des kaskadenförmigen Magens bei der Röntgenuntersuchung. (Med. Hosp.-Klin., staatl. Hochsch., med. Wiss., Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 107—110.) (Russisch.) **35**, 877.

Nekula, Rudolf, und Josef Simon, Röntgenologische Studie der funktionellen und organischen Veränderung der Ileocöcalgegend. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 43, S. 1540—1544.) (Tschechisch.) **33**, 702.

Olchovskaja, M., Die unmittelbaren und die Dauerergebnisse der Gastroenterostomie im Röntgenbilde, nach dem Material des Zentralkrankenhauses der Don- und Südeisenbahnen. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 24—27.) (Russisch.) **37**, 319.

Palmieri, Gian Giuseppe, Sull'inginocchiatura descritta del Busi nella seconda porzione del duodeno. (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 10, S. 701—707.) **33**, 418.

Pescatori, Guido, Indagine radiologica in un caso di perigastrite. (Istit. di clin. med., univ., Parma.) (Giorn. di clin. med. Jg. 6, H. 9, S. 335—339.) **33**, 788.

Ponzio, Mario, Sull'eziologia dello stomaco a cascata. (Istit. radiol. mauriziano, univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 184—192.) **32**, 868.

Sander, P. M., Magenentleerung in rechter und linker Seitenlage. (Röntgenklin., hosp. Bispebjerg, Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 16, S. 396—398.) (Dänisch.) **32**, 400.

Schwarz, G., Die Frage des Ulcuscarcinoms in röntgenologischer Hinsicht. (Kaiserin Elisabeth-Spit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 18, S. 478—471.) **32**, 81.

Scott, S. Gilbert, Radiological examination in organic diseases of the colon: The Opaque Enema method. (Brit. med. journ. Nr. 3343, S. 151—154.) **31**, 808.

Shawhan, R. C., Gastric motor disturbances and the visualization of the appendix. (Veterans' bureau hosp. a. nat. milit. homes f. disabled volunteer soldiers, Los Angeles.) (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 11, S. 1434—1435.) **35**, 533.

Sielmann, Richard, und Rudolf Schindler, Beitrag zur Röntgendiagnose und Klinik der Polyposis ventriculi diffusa. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 191—195.) **32**, 10.

Sigmund, Adolf, Röntgendiagnose benigner Magengeschwülste. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 27, S. 1021—1025 u. Nr. 28, S. 1064—1068.) (Tschechisch.) **32**, 571.

Stahnke, Magen- und Duodenalbeobachtung bei oesophagealer Vagusreizung. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 18—28.) **33**, 417.

Stahnke, Ernst, Röntgenologische Untersuchung des Duodenums bei elektrischer Vagusreizung. (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. 2, H. 7, S. 183—193. RM. 1.—.) **34**, 345.

Tandoja, P., Reperti radiologici e repertioperativi. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 1, S. 7 bis 10.) **31**, 931.

Teschendorf, Werner, Zur Differentialdiagnose einiger normaler und krankhafter Vorgänge am Duodenum im Röntgenbild. (Med. Univ.-Klin., Erlangen.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 35, S. 1432—1434.) **33, 26.**

Udondo, Carlos Bonorino, Radiologische Diagnose der ulcerösen Kolitis. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 1, S. 5—9.) (Spanisch.) *

Upson, W. O., Roentgenologic findings in a case of phytobezoar. (Battle Creek sanit., Battle Creek.) (Radiology Bd. 4, Nr. 1, S. 49—51.) *

Valach, Ludevit, Beitrag zur Röntgendiagnostik des subphrenischen Abscesses. (Intern. klin., prof. Hynka, Bratislavč.) (Bratislavské lekarske listy Jg. 5, Nr. 5, S. 82—98.) (Slowakisch.) *

Vaughan, R. T., and William A. Brams, Roentgen ray in the diagnosis of perforated peptic ulcer. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1876 bis 1878.) **34, 682.**

Vespignani, Arcangelo, L'impronta diretta dell'arcata costale sinistra nella immagine radiologica dello stomaco. (Istit. di clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 193—201.) **32, 817.**

Vespignani, Arcangelo, Diagnosi radiologica della mesenterite cronica. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Padova.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 10, S. 675—700.) **33, 419.**

Röntgenuntersuchung der Leber und Gallenwege, Pankreas, Milz.

Altschul, Die Röntgendiagnostik der Gallenblasenerkrankungen. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 117—118.) **33, 500.**

Altschul, Walter, Die Röntgendiagnostik der Gallenblasenerkrankungen. (Dtsch. chir. Klin., Univ. Prag.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 5, S. 693 bis 697.) **33, 500.**

Arnold, Wilhelm, Zur Röntgendiagnose des Leberechinokokkus. (Städt. Krankenh., Danzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 16, S. 655.) **32, 170.**

Barcia, P. A., C. Menéndez und F. E. Leborgne, Die Radiographie der Gallenblase mittels Tetrajodophenolphthalein, intravenös und per os. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 9, S. 763—782.) (Spanisch.) *

Barker, Walter C., Diagnostic value of X ray examination of the gallbladder after the intravenous injection tetraiodophenolphthalein. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 7, S. 369—373.) **34, 224.**

Behrend, Carl Max, Über die Darstellung der Gallenblase im Röntgenbild. (Augusta-Hosp., Berlin.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 36, H. 3/4, S. 262—273.) **35, 429.**

Berg, H. H., Zur Klinik der Gallensteinkrankheit. (Med. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 16, S. 651—653.) **32, 572.**

Bisbini, Bartolomeo, e Mario Lambranki, Osservazioni radiologiche sulla calcolosi biliare. (Istit. di radiol., policlin., univ., Modena.) (Modena: Tip. „Immacolata concezione" 1925. 13 S. u. 2 Taf.) **33, 642.**

Bischoff, L., Zur röntgenologischen Darstellung der pathologisch veränderten (vergrößerten) Gallenblase. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 32, S. 731 bis 732.) **33, 788.**

Bonorino Udaondo, C., und Eduardo Lanari, Cholecystographie. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 19, S. 693—712.) (Spanisch.) **34, 563.**

Carman, Russell D., Cholecystography in its application to the diagnosis of cholecystic disease. (Sect. of roentgenol., Mayo clin., Rochester, Minn.) (Lancet Bd. 209, Nr. 2, S. 67—69.) **32, 869.**

Cohen, Henry, and R. E. Roberts, Radiology of the gall bladder by Graham's method. (Brit. med. journ. Nr. 3367, S. 54—57.) **33, 263.**

Cohn, Max, Wie sollen wir uns zur Röntgenuntersuchung der Gallenwege stellen? (Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 48, S. 1802 bis 1804.) **34, 224.**

Copher, Glover H., Cholecystography. Appearance and disappearance of the shadow. (Dep. of surg., Washington univ. school of med. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 21, S. 1563—1564.) **32, 493.**

Dariaux, A., H. Blanc et M. Negro, Les divers procédés de cystographie. (49. sess., assoc. franç. pour l'avancement des sciences électrol. et radiol. méd., Grenoble, 27. VII.—1. VIII. 1925.) (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 9, S. 405 bis 406.) **33, 643.**

Da Villa, Luciano, Il metodo diagnostico della fenolftaleina tetraclorurata nelle affezioni colecistiche. I. Nota. (Istit. di patol. med., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 9, S. 145—147.) **32, 493.**

Dickinson, J. C., Radiographic findings in hepatic abscess, amebic in type. (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 273—278.) **33**, 264.

Dónovan, Cornelio, Radiodiagnostik der Gallenblasenaffektionen mittels der Natronsalze des Tetrabromphenolphthaleins. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 113, S. 517—519.) (Spanisch.) **32**, 82.

Einhorn, Max, William H. Stewart and E. J. Ryan, Experiences with cholecystography. (Lenox Hill hosp., New York.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 2, S. 77 bis 82.) **32**, 870.

Einhorn, Max, William H. Stewart und E. J. Ryan, Erfahrungen über Cholecystographie. (Lenox Hill hosp., New York.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **36**, H. 3/4, S. 245—262.) **34**, 759.

Enfield, Charles D., Tetrabromphenolphthalein injection as an office procedure. (Radiology Bd. **5**, Nr. **2**, S. 104—106.) **34**, 224.

Esau, Die Bedeutung der Röntgendiagnose bei der Pankreascyste. (Kreiskrankenh. Oschersleben-Bode.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. **3**, S. 358 bis 363.) **32**, 170.

Escudero, P., H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Röntgendiagnose der Tumoren des Pankreaskopfes. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 11, S. 526—533.) (Spanisch.) *

Escudero, P., H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Röntgenuntersuchung der Leber-Bronchien-Fisteln. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. **12**, S. 563 bis 566.) (Spanisch.) *

Escudero, Pedro, H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Sichtbarmachung der Leberbronchialfisteln durch retrograde Füllung mit jodiertem Öl. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 189—195.) (Spanisch.) **35**, 14.

Escudero, Pedro, H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Sichtbarmachung der hepatobronchialen Fisteln durch retrograde Füllung mit jodiertem Öl. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 260—263.) (Spanisch.) **35**, 310.

Escudero, Pedro, H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Cystische Tumoren des Pankreaskopfes. Radiologische Diagnostik. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 342—356.) (Spanisch.) **36**, 103.

Geiger, Otto, Die Cholecystographie. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 4, S. 577—580.) **33**, 703.

Geraghty, J. A., Recent advances in the Roentgen diagnostis of gallbladder disease. (Irish journ. of med. science Ser. **5**, Nr. 46, S. 508—515.) *

Gosset, A., et G. Loewy, Cholécystographie. Epreuve de Graham. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 12, S. 319—324.) **32**, 81.

Gosset, A., et G. Loewy, Cholécystographie. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 71, S. 1185 bis 1188.) **33**, 418.

Graham, Evarts A., Cholecystography. (Barnes hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1387—1411.) *

Graham, Evarts A., W. H. Cole and Glover H. Copher, The roentgenological visualization of the gall bladder by the use of intravenous injections of sodium tetrabromphenolphthalein. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Radiology Bd. **4**, Nr. 2, S. 83—88.) **33**, 263.

Graham, Evarts A., Warren H. Cole and Glover H. Copher, Cholecystography. An experimental and clinical study. (Dep. of surg., Washington univ. school of med. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 1, S. 14—16.) **31**, 60.

Graham, Evarts A., Warren H. Cole and Glover H. Copher, Cholecystography: The use of sodium tetraiodophenolphthalein. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 16, S. 1175 bis 1177.) **32**, 272.

Graham, Evarts A., Warren H. Cole and Glover H. Copher, Cholecystography: Its development and application. (Dep. of surg., Washington univ. school of med. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 6, S. 487—495 u. 511—512.) **34**, 346.

Graham, Evarts A., Warren H. Cole, Sherwood Moore and Glover H. Copher, Cholecystography: Oral administration of sodium tetraiodophenolphthalein. (Dep. of surg. a. radiol., Washington univ. school of med. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 13, S. 953—955.) **33**, 642.

Grignani, Rodolfo, Sopra un caso di colecistite calcolosa con reperto radiologico raro. Note clin. e radiol. (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 3, S. 311—331.) **32**, 869.

Grunenberg, Karl, und B. O. Pribram, Die Cholecystographie und ihre klinische Wichtigkeit. (II. med. Klin., Charité, u. I. chir. Klin., Univ. Berlin.) (Med. germano-hispano-americ. Jg. 8, Nr. 3, S. 161—166.) (Spanisch.) 33, 867.
Havlicek, Hans, Die Gallenblasen-Zwölffingerdarmfistel im Röntgenbilde. (Dr. Lahmanns Sanat., Weißer Hirsch, Dresden.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 6, S. 944—948.) 34, 17.
Herman, Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase nach der Methode Grahams (Cholecystographie). (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25. bis 27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 128 bis 129.) 33, 365.
Herman, Karl, Die Cholecystographie. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 40, S. 1665—1666.) 33, 365.
Heuser, Die Röntgenographie der Gallenblase, der kleinen Nierensteine nach der intravenösen Einspritzung von Tetrabromurophenolphthalein. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 125—126.) 33, 702.
Johnson, A. Syme, X-rays as an aid in the diagnosis of the pathological gall bladder. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 19, S. 545—548.) 34, 16.
Kaznelson, P., und F. Reimann, Erfahrungen über die röntgenologische Darstellung der Gallenblase mittels Tetrabromphenolphthalein nach Graham-Cole. (I. med. Klin., dtsch. Univ., Prag.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 29, S. 1390—1395.) 33, 264.
Lanari, Eduardó, Das Tetrajodphenolphthalein zur Untersuchung der Gallenwege. (Inst. de fisioterap., hosp. nac. de clin., Buenos Aires.) (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. 38, Nr. 239/240, S. 505—515.) (Spanisch.) *
Lange, Sidney, The gallbladder as revealed by the Roentgen ray. (Coll. of med., univ., Cincinnati.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 26, S. 2021 bis 2023.) 36, 670.
Langen, C. D. de, Die chemische Zusammensetzung der indischen Gallensteine und ihre diagnostische Erkennung durch Röntgenstrahlen. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 65, H. 1, S. 90—102.) (Holländisch.) 32, 747.
Ledoux-Lebard, R., L'examen radiologique de la vésicule biliaire par la méthode de Graham et Cole (Cholécystographie). (Paris méd. Jg. 15, Nr. 20, S. 450 bis 435.) 32, 573.
Lefèvre et Monties, Radiographie des voies biliaires, après injection de lipidol. (Arch. d'électr. méd. Jg. 33, Nr. 508, S. 13—15.) 32, 816.
Le Wald, Leon T., The radiability of gall stones: A series of surgical cases. (St. Luke's hosp. a. E. N. Gibbs mem. X ray laborat., New York.) (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 2, S. 51—52.) 35, 145.
Milliken, Gibbs, and Lester R. Whitaker, The clinical use of sodium tetraiodophenolphthalein in cholecystography. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 646—653.) 32, 169.
Moore, Sherwood, Cholecystography, after the method of Graham, Cole and Copher. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 515—527.) 32, 869.
Nemours, Auguste, La Cholécystographie. (Soc. de gastro-entérol., Paris, 11. V. 1925.) (Arch. des maladies de l'appar. deg. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 460—466.) *
Nichols, Bernard H., Differential diagnosis of gallstones and kidney stones. (Dep. of roentgenol., Cleveland clin., Cleveland.) (Radiology Bd. 5, Nr. 2, S. 107—121.) 33, 198.
Oakman, Carl S., Cholecystography by oral administration of soluble radiopaque salts. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 2, S. 105 bis 109.) 34, 133.
Palefski, I. O., Visualization of the gallbladder with sodium tetrabromphenolphthalein by oral or intraduodenal administration trough the duodenal tube. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 8, S. 474.) 32, 170.
Palefski, I. O., The clinical significance of visualization of the gallbladder with tetraiodophenolphthalein of sodium. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 10, S. 590 bis 592.) 34, 412.
Parturier, Gaston, et Baudon, Le radiodiagnostic de la vésicule biliaire. (Scalpel Jg. 78, Nr. 32, S. 845—856.) 33, 27.
Pordes, Fritz, Über die Sichtbarkeit der Leber-, Gallen- und Harnblase im gewöhnlichen Röntgenbild. (Allg. Krankenh., Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 5, S. 690—692.) 33, 418.
Pribram, B. O., K. Grunenberg und Otto Strauss, Die röntgenologische Darstellung der Gallenblase und ihre klinisch-praktische Bedeutung. (Chir. Univ.-Klin. u. II. med. Klin., Charité, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 35, S. 1429 bis 1432.) 33, 164.

Révész, V., Cholecystographie. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 16.

Révész, Vidor, Cholecystographie. II. (Gyógyászat Jg. **66**, Nr. 51/52, S. 1172 bis 1177.) (Ungarisch.) **34**, 564.

Sabatini, G., et E. Milani, Visibilité radiologique de la vésicule biliaire après administration „per os" de bromures alcalins. (Inst. de clin. méd., univ., Rome.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 69, S. 1160—1161.) **33**. 27.

Sabatini, Giuseppe, e Eugenio Milani, Somministrazione orale di bromuri e visibilità radiologica della cistifellea. (Clin. med., univ., Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 18, S. 623—627.) **32**, 493.

Saralegui, J. A., Cholecystography and operative results in 182 cases. (Rivadavia hosp., Buenos Aires.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 6, S. 513—520.) **34**, 349.

Silverman, Daniel N., and Leon J. Menville, Observations of the visualized gallbladder by Graham method. With reference to the effect of nonsurgical biliary drainage: prelim. report. (Dep. of med., div. of clin. med. a. radiol., Tulane univ. of Louisiana school of med., New Orleans.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 6, S. 416—418.) **32**, 170.

Silverman, Daniel N., and Leon J. Menville, Further observations on the effect of duodenobiliary drainage on the visualized gall bladder. (Dep. of med., div. of clin. med. a. radiol., Tulane univ. of Louisiana., New Orleans.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 3, S. 284—286.) **33**, 703.

Smithies, Frank, and Richard Bartlett Oleson, The visualization of the biliary tract. A new method by intravenous injections of tetrabrom-phenolphthalein. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 2, S. 97—100.) **32**, 272.

Stegemann, Hermann, Die Sichtbarmachung der Gallenblase auf dem Röntgenbild. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 47, S. 1999—2001.) **34**, 16.

Stewart, William H., Further experience with tetrabromphenolphthalein sodium salt in the roentgenographic diagnosis of gall-bladder disease. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 3, S. 259—265.) **32**, 82.

Stewart, William H., Max Einhorn and Eric J. Ryan, Recent advancements in cholecystography. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 18, S. 825 bis 827.) **33**, 198.

Stewart, William H., and Eric J. Ryan, Further development in the jejunal and oral administration of the tetraiodophenolphthalein sodium salt. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 6, S. 504—512.) **34**, 349.

Szerb, Zsigmond, Cholecystographie. (Gyógyászat Jg. **65**, H. 15, S. 342—343.) (Ungarisch.) *

Wheeler, Roy R., and I. K. Bogan, The use of sodium tetraiodophenolphthalein in cholecystography. A preliminary report. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 15, S. 676—677.) **33**, 572.

Whitaker, Lester R., and Gibbs Milliken, A comparison of sodium tetrabromphenolphthalein with sodium tetraiodophenolphthalein in gall-bladder radiography. (Labor. f. surg. research, Harvard med. school a. surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Surg., gynecol. a. obstetr, Bd. **40**, Nr. 1, S. 17—23.) **31**, 276.

Whitaker, Lester R., Gibbs Milliken and Edward C. Vogt, The oral administration of sodium tetraiodophenolphthalein for cholecystography. (Surg. clin. a. dep. of Roentgenol., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 847—851.) **32**, 573.

Wilkie, D. P. D., and C. F. W. Illingworth, Cholecystography. A report of fiftythree cases controlled by operation. (Brit. med. journ. Nr. **3388**, S. 1046 bis 1048.) **34**, 63.

Röntgenuntersuchung der Harn- und Geschlechtsorgane, Pyelographie.

Astraldi, A., und E. L. Lanari, Zu der Diskussion über die Unzuträglichkeit des Lipiodols bei der Anwendung in der Pyelographie. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. **37**, Nr. 236, S. 183—187.) (Spanisch.) **35**, 684.

Astraldi, A., und J. W. Tobías, Ein Fall von enormer angeborener Dilatation des Harnsystems. Ihre klinische Diagnose und radiographische Bestätigung. (Soc. argentina de urol., 20. V. 1925.) (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 25, S. 1359.) (Spanisch.) **34**, 346.

Bazy, P., Note sur l'absence d'ombre à la radiographie dans les calculs de la vessie. (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 5, S. 369—370.) **35**, 798.

Beaufond, F.-H. de, H. Béclère et P. Porcher, De l'interprétation des ombres radiographiques des régions rénale et urétérale droites. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 12, S. 461—467.) **36**, 253.

Beaufond, F.-H. de, et P. Porcher, L'urétéropyélographie en série. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 12, S. 449—459.) **36**, 252.

Bianchini, A., I diverticoli vescicali nella clinica e nella radiologia. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. **2**, S. 218—243.) **34**, 226.

Blanc, H., M. Negro et A. Dariaux, La cystographie oblique et la cystographie latérale. (Serv. civ. et laborat. de radiol., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 3, S. 193—209.) **34**, 567.

Bortini, Ennio, Über den röntgenologischen Nachweis eines Blasentumors. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Pavia.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. **3**, S. 202 bis 206.) **32**, 495.

Bortini, Ennio, Pneumocistografia. (Istit. ostetr. ginecol., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. **36**, H. 2, S. 113—117.) **35**, 682.

Braasch, William F., Errors in the interpretation of urographic findings. (Sect. on urol., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. **6**, S. 631—651.) **35**, 880.

Braasch, William F., and Russell D. Carman, The pyelographic and roentgenologic diagnosis of renal tumors. (Radiology Bd. **4**, Nr. 6, S. 445—452.) **37**, 161.

Branden, F. van den, La cystographie des diverticules vésicaux. (Journ. belge de radiol. Bd. **13**, H. 5, S. 363—369.) **36**, 301.

Brown, Mark, X-ray diagnosis of kidney tumors. (Dee hosp., Ogden, Utah.) (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 11, S. 1435—1437.) **35**, 796.

Burgkhardt, Friedrich, Die Bedeutung der Pyelographie für den Gynäkologen. (Frauenklin. Dr. Burgkhardt, Zwickau i. Sa.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. **41**, S. 2296—2299.) **34**, 17.

Carrick, W. M., Pyelography in polycystic disease of the kidneys. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 75—77.) *

Chute, Arthur L., Difficulties in distinguishing between urinary stones and calcified abdominal glands. (New England surg. soc., Hartford, 26. a. 27. IX. 1924.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 4, S. 151—162.) **33**, 502.

Chute, Arthur L., The difficulty in distinguishing between the radiographic appearance of urinary stones and calcified abdominal glands. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 489—499.) **36**, 299.

Cole, Lewis Gregory, X-ray kinks or angulations of ureters, that are not kinks. (French hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 5, S. 107 bis 108.) **33**, 504.

Eisendrath, Daniel N., and Irvin S. Koll, Pyelographic errors in the diagnosis of renal neoplasms. (Michael Reese hosp., Chicago.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 6, S. 615—629.) **35**, 796.

Fasiani, G. M., Indagine radiologica dell'uretra maschile. (Clin. chir., univ., Torino.) (Arch. ital. di urol. Bd. **1**, H. **5**, S. 487—511.) **33**, 504.

Fey, Bernard, Pierre Truchot et Raymond Dossot, La motricité normale et pathologique du bassinet. Son exploration par la pyéloscopie. (Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **5**, H. 1, S. 1—43.) **35**, 682.

François, Jules, Le rôle de la radiographie dans le diagnostic précoce des tumeurs rénales. (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 1, S. 5—18; Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **5**, H. 1, S. 63—75; Scalpel Jg. **78**, Nr. 26, S. 601—610.) **33**, 502. **35**, 882.

Fronstein, R., Röntgendiagnostik der Nieren- und Harnleitersteine. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 134 bis 135.) (Russisch.) **36**, 301.

Frontz, W. A., Errors of technique and interpretation in ureteropyelography. (James Buchanan brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 6, S. 579—592.) **35**, 797.

Frumkin, A. P., Röntgenographie der männlichen Harnröhre. (Chir. Hosp.-Klin. u. Röntgeninst., II. Univ., Moskau.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 3, S. 401—407.) **33**, 505.

Fuller, E. Barnard, Pyelography in renal disease. Some further investigations. (Med. journ. of South Africa Bd. **20**, Nr. 12, S. 348—351.) **34**, 683.

Fuller, E. Barnard, Further investigations in pyelography applied to renal disease. (South African med. record. Bd. **23**, Nr. 16, S. 352—355.) *

Gottlieb, J., und I. Klinkowstein, Über die Röntgendiagnostik der Nieren- und Uretersteine. (Urol. Klin., I. Moskauer Univ., Prof. Fronstein u. physiatr. Staatsinst., Prof. Wermel.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 610—616.) (Russisch.) **33**, 788.

Gottlieb, J. G., und I. M. Klinkowstein, Zur Röntgendiagnostik der Harnleitererkrankungen. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 670 bis 674.) (Russisch.) 35, 14.

Gottlieb, J. G., und I. M. Klinkowstein, Über Röntgendiagnostik der Harnleitererkrankungen. (Vračebnaja gazeta Nr. 2, S. 40—41.) (Russisch.) *

Gottlieb, J. G., und I. M. Klinkowstein, Über Pyelographie. (Moskovski medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 1, S. 29—32.) (Russisch.) *

Gottlieb, Ja., und I. Klinkowstein, Über die Pyelographie. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. Mai 1924. S. 666—670. Leningrad 1925.) *

Grauhan, Die Tumorniere im Röntgenbild. (Chir. Klin., Kiel.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 1—26.) 31, 591.

Grauhan, Max, Die Tumorniere im Röntgenbild. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 185—186.) 32, 817.

Graves, Roger Colgate, Pyelographic media. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 6, S. 571 bis 578.) 35, 795.

Heyerdahl, S. A., Die Bedeutung der Röntgenaufnahme für die Diagnose des Nieren- und Uretersteins. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 5, S. 459 bis 472.) (Norwegisch.) 33, 503.

Hickey, Preston M., Malignant diseases of the kidney from the X-ray standpoint. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 2, S. 103—107.) 32, 494.

Hunner, Guy L., Radiographic evidence of the association of ureteral stricture and urinary calculi. (Gynecol. dep., Johns Hopkins univ. a. hosp., Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 5, S. 497—523.) 33, 503.

Kretschmer, Herman L., and N. Sproat Heaney, Dilatation of the ureter and kidney pelvis during pregnancy. A pyelographic study. (A. D. Thompson med. fund f. genito-urin. surg. a. Presbyterian hosp., Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 6, S. 406—409.) 34, 566.

Lamarque et Roume, Sur l'utilisation obstétricale de la radiographie, présentation de radiographies de fœtus, radiographies du bassin. (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 1, S. 88—94.) *

Lanari, Eduardo L., und Alejandro Astraldi, Die radiologische Untersuchung des männlichen Genitalapparates vermittels Injektion von Lipiodol. (Rev. de la soc. argentina de radio y electrol. Bd. 1, Nr. 1, S. 39—41.) (Spanisch.) 35, 798.

Lanzillotta, R., La radiografia nella tubercolosi renale. (Serv. civ., osp. Lariboisière, Parigi.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 41—56.) 34, 350.

Larrú, E., Wert der kompletten und systematischen radiographischen Untersuchung bei den Harnwegen. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 177—184.) (Spanisch.) 37, 84.

Larrú, E., Das Abführen, die Kompression und die Lokalisation in der Röntgentechnik der Untersuchung der Harnwege. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 345—358.) (Spanisch.) 37, 84.

Larrú, E., Kritische und vergleichende Studie über die Technik von Nichols und von Larrú bei der Röntgenuntersuchung des Harnapparates. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 532—538.) (Spanisch.) 37, 84.

Legueu, F., et B. Fey, Le diagnostic précoce du cancer du rein et la pyélographie. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 31, S. 108—112.) 34, 133.

Loeser, David, Development of pyelographic solutions. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 9—15.) 34, 566.

Lower, W. E., and G. W. Belcher, Urographic studies of the ureters. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 6, S. 593—614.) 36, 617.

Marion, Blanc, Negro et Dariaux, A propos de l'examen radiographique de la vessie. (Scalpel Jg. 78, Nr. 38, S. 981—984.) 34, 567.

Meyer, Keith T., The Roentgen-ray diagnosis of renal tumors. (Walker hosp. clin., Evansville.) (Radiology Bd. 5, Nr. 5, S. 416—424.) 35, 796.

Neuswanger, C. H., Jodized oil as a pyelographic medium. Prelim. report. (Dep. of surg., Yale univ. school of med., New Haven.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 24, S. 1816.) *

Nichols, Bernard H., Differential diagnosis of gallstones and kidney stones. (Dep. of roentgenol., Cleveland clin., Cleveland.) (Radiology Bd. 5, Nr. 2, S. 107 bis 121.) 33, 198.

Papin, Edm., La cysto-radiographie. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 12, S. 459—461.) *

Pazzi, Ermanno, Contributo alla interpretazione radiologica di ombre di calcificazioni nell'ipocondrio destro. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 586—590.) 34, 412.

Pazzi, Ermanno, Diagnosi di tumore del rene (ipernefroma) confermata con l'indagine radiologica. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 591—592.) *

Pazzi, Ermanno, Considerazioni su di un rene „a ferro di cavallo" messo in evidenza anche con l'indagine radiologica. (Clin. priv. p. chir. urin., prof. E. Pirondini, Roma.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 6, S. 857—867.) *
Pazzi, Ermanno, Studio radiologico di un rene policistico e calcoloso. (Clin. priv. p. chir. urin., prof. E. Pirondini, Roma.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 6, S. 867—873.) *
Pazzi, Ermanno, Importanza dell'indagine radiologica nell'accertamento etiologico precoce delle piurie. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 30, S. 1053—1055.) *
Pordes, Fritz, Über die Sichtbarkeit der Leber-, Gallen- und Harnblase im gewöhnlichen Röntgenbild. (Allg. Krankenh., Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 5, S. 690—692.) 33, 418.
Possati, Alberto, Il rene fuso nel quadro radiologico. (3 casi rene a ferro di cavallo; un caso di sinfisi renale unilaterale.) (Istit. di radiol., Villa Verde, Bologna.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 3—30.) 34, 565.
Primo Dondero, Antonino, Il sussidio radiologico in un caso di disuria da causa extra vescicale. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 38, S. 893—894.) *
Quinby, Wm. C., A note on the localization of renal calculi by the aid of X-ray films made during operation. (Urol. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 1, S. 59—60.) 32, 494.
Révész, Vidor, Über direkte Röntgendiagnostik der perirenalen Abscesse und die Röntgendiagnostik der chronischen Nephritiden. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 27, S. 630 bis 636.) (Ungarisch.) 33, 500.
Roberts, Douglas J., Ureteral variations with associated kidney changes. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 4, S. 353—359.) 33, 536.
Rothbart, László, Röntgenologisch erkannter Fall von Nierenabsceß. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 47, S. 1064.) (Ungarisch.) 34, 17.
Salleras, Juan, Radiologische Diagnose der polycystischen Niere mit Pneumoperitoneum. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 5, S. 114—118.) (Spanisch.) *
Saralegui, J. A., Das Lipiodol in der Radiologie des Harnapparates. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. de med. interna] Bd. 37, Nr. 235, S. 270—277.) (Spanisch.) 35, 798.
Sarkewič, N., Die funktionelle Diagnose der Nebennieren mit Hilfe der Röntgenstrahlen. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 220—221.) (Russisch.) 33, 789.
Schepelmann, E., Bemerkungen zur Röntgenographie der Harnwege und der Blutgefäße. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 124—125.) 32, 493.
Shea, Daniel E., Urinary calculi. Chemical composition and structure in relation to radiography. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 25, S. 1939 bis 1943.) 35, 798.
Sinkoe, Samuel J., Value of pyelography in urogical diagnosis. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 2, S. 79—83.) 32, 653.
Solotuchin, A., und A. Smirnoff, Die Röntgenuntersuchung der Gefäße pathologisch veränderter Nieren. (2. russ. Röntgenkongr., Sitzg. v. 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 84—86.) (Russisch.) 35, 215.
Sutherland, Charles G., Calcified areas in the abdominal cavity. Report of six cases. (Radiology Bd. 4, Nr. 2, S. 130—133.) 33, 420.
Teschendorf, Werner, Zur Beurteilung des Nierenschattens im Röntgenbild bei Pneumoperitoneum. (Med. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 207—209.) 33, 503.
Walton, Henry J., and Joseph H. Luscinian, Report of 1326 Roentgen examinations for suspected urinary calculi. (Röntgen dep., univ. of Maryland, Baltimore.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 4, S. 320—321.) 38, 17.
Young, Hugh H., The interdependence of urology and roentgenology. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 4, S. 291—303.) 34, 565.

Pneumoradiographie nach Rosenstein.

Fain, L, S., Beobachtungen über Pneumoradiographie der Nieren. (Urol. Klin., staatl. Hochsch., med. Wiss. Obuchow-Krankenh., Dir. Prof. B. N. Cholzoff.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 7/8, S. 178—179.) (Russisch.) 35, 14.
Grauhan, Die Tumorniere im Röntgenbilde. (Chir. Klin., Kiel.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 1—26.) 31, 591.
Yokota, K., Über die Röntgenuntersuchungen der Nierengegend, insbesondere die perirenale Insufflation (Pneumoradiographie des Nierenlagers). (II. chir. Klin., kais. Univ., Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. Bd. 2, H. 2.) (Japanisch.) 35, 685.

Röntgenuntersuchung der Knochen und Gelenke.

Balli, Ruggero, Anomali sesamoidi del piede od ossa tarsali soprannumerarie ? A proposito della comunicazione del dott. P. Sessa. (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 10, S. 707 bis 709.) **33**, 420.

Balli, Ruggero, L'architettura radiografica dello scheletro umano. (Modena: U. Orlandini 1925. 67 S. L. 25.—.) *

Belot, J., et F. Lepennetier, Métastases osseuses de cancers du sein. (49. sess., assoc. franç. pour l'avancement des sciences électrol. et radiol. méd., Grenoble, 27. VII.—1. VIII. 1925.) (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 9, S. 409 bis 416.) **33**, 642.

Borak, J., und K. Goldhamer, Experimentelle Beiträge zur Röntgenanatomie und -pathologie der Gelenke. (I. anat. Lehrkanzel, Univ. Wien u. allg. Krankenh., Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 3, S. 341—358.) **32**, 272.

Buonsanti, Paolo, Il sussidio radiologico nella questione della vitalità dei trapianti autoplastici ossei liberi. (Istit. di patol. chir. e clin. pediatr. chir., univ., Firenze.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 145—168.) **32**, 870.

Buonsanti, Paolo, L'influenza delle malattie chirurgiche sullo sviluppo dei nuclei d'ossificazione. (Clin. pediatr. chir., univ., Firenze.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 61—82.) **34**, 385.

Caan, Paul, Das Röntgenogramm der Osteochondritis deformans juvenilis coxae (Calvé-Legg-Perthes) und verwandter Erkrankungen (Köhlersche Erkrankung des Kahnbeines und der Metatarsen, Schlattersche Krankheit an der Tibia). (Chir. Univ.-Klin., Augusta-Hosp., Köln.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 223—230.) **32**, 8.

Canuyt et Gunsett, Aspect radiologique de l'ostéomyélite diffuse envahissante des os du crâne. (Congr. de l'assoc. franç. p. l'avancement des sciences, Grenoble, 27. bis 28. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 5, S. 323—325.) **35**, 794.

Carter, Ralph M., Statistical results of the radiographic study of injuries about the wrist-joint. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 532—535.) **31**, 512.

Chauvin, E., et Y. Bourde, La pneumoséreuse articulaire du genou dans le diagnostic des lésions méniscales. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 137—148.) **31**, 513.

Ciaccia, Salvatore, Dei sarcomi del bacino con speciale riguardo alla diagnosi radiologica. (Div. chir. I, osp. civ., Venezia.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 4, S. 321 bis 332.) **32**, 448.

Colp, Ralph, and Percy Klingenstein, A Röntgen-ray study of the injected knee joint. (Surg. serv. of dr. A. V. Moschcowitz, Mt. Sinai hosp., New York.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 660—673.) **33**, 790.

De-Bernardi, Renato, Contributo radiologico allo studio delle deformità di Madelung. (Istit. radiol., osp. civ., Acqui.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 6, S. 392 bis 398.) **32**, 496.

Del Buono, Pietro, Aspetto radiologico della sifilide ossea. (Istit. di radiol. e terapia fisica, univ., Bari.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 3, S. 385—387.) **34**, 409.

Dumail, M., Etude radiographique de l'ossification du squelette du pied normal. (Arch. d'électr. méd. Jg. 33, Nr. 508, S. 3—8.) **33**, 29.

Epstein, M., Eine neue Methode zur Beschleunigung der Heilungsprozesse bei Verletzungen und Frakturen auf Grund röntgenologischer Untersuchungen. (2. russ. Röntgenkongr., 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3-4, S. 105—107.) (Russisch.) **35**, 278.

Ferber, Julius, Local atrophy as an anomaly of bone metabolism. (Bellevue hosp., med. coll., metabolism clin., New York.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 708 bis 717.) **34**, 200.

Fischer, Ernö, Die Röntgenkontrolle bei der Behandlung der Knochenverletzungen. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 16, S. 344—346.) (Ungarisch.) **33**, 28.

Friedrich, H., Scheinbare Knochenzerstörung bei der Perthesschen Erkrankung und verwandten Krankheitsbildern. Über Wert und Deutung des Röntgenbildes in den verschiedenen Stadien des Krankheitsablaufes. (Chir. Univ.-Klin., Erlangen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 40—64.) **32**, 573.

Froelich, Les arthrites aiguës des nourrissons, leurs conséquences éloignées avec sept radiographies. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 29, S. 64—67.) **34**, 226.

Giongo, Franco, Breve confronto fra gli aspetti radiografici di alcune „epifisiti". (Istit. di radiol., univ., Milano.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 3, S. 109—140.) **31**, 809.

Hansen, Svend, Roentgen diagnosis in osteitis fibrosa and tumours of the bone system. (Acta radiol. Bd. 4, H. 3, S. 201—218.) **32**, 654.

Harrenstein, R. J., Beitrag zur röntgenologischen Orientierung bezüglich des Hüftgelenkes beim Kinde. (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 357—362.) **33**, 29.

Hauvuy, L.-E., Etude clinique et radiologique de quatre ostéomes traumatiques du fémur droit. (Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 82, Nr. 6, S. 826—831.) *
Herfarth, Heinrich, Über ein eigentümliches Phänomen bei Amputationsstümpfen. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 221 bis 222.) 32, 8.
Holst, L. v., Die Spondylitis nach Fleck- und Rückfallfieber im Röntgenbilde. (Röntgenabt., 1. Militärkrankenh., Moskau.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 3, S. 321 bis 372.) 31, 591.
Kocodny, Anatole, Diagnosis and prognosis of bone sarcoma. (Dep. of surg., univ. of Iowa med. school, Iowa city.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 911 bis 947.) 33, 643.
Krebs, Zur Frage der chronischen Arthritiden und ihre Röntgendeutung. (Landesbad d. Rheinprov., Aachen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 33, S. 1375 bis 1377.) 33, 165.
Lapenna, Marino, Intorno ad una particolare radio-opacità del calcagno da processo tubercolare. (Osp. civ., Belluno.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 5, S. 741—743.) 34, 226.
Lewin, Philip, Arthrogryposis multiplex congenita. (Ortop. surg. Northwestern univ. med. school. a. Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 7, S. 630—636.) 32, 574.
Loeffler, Friedrich, Ein seltener Röntgenbefund an kindlichen Oberschenkelkopfepiphysen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 961—963.) 32, 82.
Meyerding, Henry W., Russell D. Carman and John D. Garvin, Metastasis to the bones from carcinoma of the breast: A roentgenologic study. (Sect. on roentgenol. Mayo clin., Rochester.) (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 486—489.) 34, 151.
Moore, Sherwood, Myeloid myelomata. (Dep. of surg., X-ray laborat., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Radiology Bd. 5, Nr. 1, S. 18—33.) 34, 226.
Pazzi, Ermanno, Modificazione alla tecnica comunemente usata nella radiografia della tuberosità del calcagno longitudinale. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 1, S. 14 bis 16.) 31, 942.
Philips, Herman B., Syphilitic arthritis, with particular reference to some new phases of Roentgen diagnosis. (Hosp. f. joint. dis., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 89, Nr. 2, S. 31—36.) 31, 592.
Pilz, W., Zur Röntgenuntersuchung der habituellen Schulterverrenkung. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 1—22.) 32, 9.
Plisson, L. G. E. F., Examen clinique et radiographique de la hanche. (Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. 82, Nr. 2, S. 133—179.) 32, 448.
Reinberg, S., Die Röntgendiagnostik der Osteochondropathien. (Staatl. Röntgeninst., Leningrad.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 199—220.) 34, 409.
Renner, Carl, Die Shentonsche Linie. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 51, S. 2875—2876.) 34, 134.
Schreuder, O., Die röntgenologische Diagnose einer Fraktur des Os naviculare. (Chir. Klin., Univ. Leiden.) (Nederlandsch maandschr. v. geneesk. Jg. 13, Nr. 5, S. 292 bis 294.) (Holländisch.) 33, 506.
Souques, Lafourcade et Terris, Vertèbre „d'ivoire" dans un cas de cancer metastatique de la colonne vertébrale. (Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 1, Nr. 1, S. 3—10.) 32, 9.
Stevens, Rollin H., Fractures and their roentgenological interpretation. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 1, S. 11—17.) 32, 83.
Wetterstrand, G. A., Roentgen therapy in surgical tuberculosis. (Acta radiol. Bd. 4, H. 6, S. 528—539.) 34, 288.
Williams, Lester J., The X-ray in osteomyelitis. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 5, S. 267—269.) 33, 703.
Zamboni, Giovanni, La radiografia nelle diagnosi delle presunte contusioni dell'anca. (Clin. chir., univ., Modena.) (Boll. d. soc. med.-chir. di Modena Jg. 24/25, S. 25—34.) 32, 448.

Röntgenuntersuchung der Gefäße.

Dumas, A., N. Contamin et Ravault, Radiographie et examen histologique des artères des membres inférieurs, dans un cas de résistance à la compression sphygmomanométrique. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 15, S. 452—455.) *
Fay, Temple, The cerebral vasculature. Preliminary report of study by means of Roentgen ray. (Laborat., Dr. Spiller, dep. of neurol., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 23, S. 1727—1730.) 33, 197.
Nielsen, Lars, Über das Krankheitsbild der Arteriosklerose an den peripheren Gefäßen und die differential-diagnostische Bedeutung des Röntgenbildes hierbei.

(Städt. Krankenanst., Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 28, S. 1143 bis 1144.) 34, 409.
Reinberg, S., Eine röntgenologische Methode zur Untersuchung der Gefäße. (2. russ. Röntgenkongr. 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i. radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 83—84.) (Russisch.) 35, 278.
Schepelmann, E., Bemerkungen zur Röntgenographie der Harnwege und der Blutgefäße. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 124—125.) 32, 493.
Solotuchin, A., und A. Smirnoff, Die Röntgenuntersuchung der Gefäße pathologisch veränderter Nieren. (2. russ. Roentgenkongr., Sitzg. v. 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 8, H. 3/4, S. 84—86.) (Russisch.) 35, 215.
Wimberger, Hans, Klinisch-radiologische Diagnostik von Rachitis, Skorbut und Lues congenita im Kindesalter. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 28, S. 264 bis 370.) *

Röntgen- und Radiumbehandlung.

Übersichtsreferat.

Von

Hans Holfelder, Frankfurt a. M., und **A. Vilmar**, Frankfurt a. M.

In den Jahren 1924 und 1925 ist in der Entwicklung der tiefentherapeutischen Apparatur keine Veränderung erfolgt. Eine Steigerung der Ausmaße im Bau von Apparaturen in bezug auf sekundäre Stromspannung ist nicht eingetreten, wie dies von Holfelder auch mit besonderem Nachdruck gefordert wurde.

Ein neues Hilfsgerät zur Erreichung einer homogenen Durchstrahlung der Extremitäten ist von Rahm angegeben worden; es besteht aus einem Aluminiumkasten, der mit Wasser gefüllt wird.

Halberstädter gibt eine neue Methode der intratumoralen Behandlung mit Thorium X an. Der unlösliche Thorium X-Niederschlag wird in Form starrer, dünner Stäbchen gebracht, die zur Abfilterung der Alphastrahlen mit einer Lackschicht überzogen sind. Die Methode lehnt sich im übrigen an die in Amerika von Ewing, Gaylord und Quick ausgearbeitete und bewährte Spickmethode mittels Radiumemanation an. Oberflächliche Radiumbehandlung wird von Mallet mittels Abdruckmoulagen durchgeführt.

Messung der Röntgendosis.

Die Frage der absoluten Messung der Röntgendosis ist in den Berichtsjahren wesentlich gefördert worden.

Es wird fast einmütig anerkannt, daß das dehnbare Maß der biologischen Hautreaktion durch ein exakteres physikalisches Maß ersetzt werden muß, und daß die Ionisationskraft der Röntgenstrahlen zum Ausgangspunkt der physikalischen Messung verwendet werden soll. Die neu zu schaffende physikalische Einheit soll als „Röntgeneinheit" = „R" bezeichnet werden. Während aber Solomon und die Pariser Schule die Ionisationskraft eines Milligramm-Radiumelementes zum Ausgangspunkt ihrer Röntgeneinheit nahmen, wählte die Deutsche Standardisierungs-Kommission diejenige Menge Röntgenstrahlen als Einheit, die genügt, um 1 ccm Luft so weit zu ionisieren, daß dadurch eine elektrostatische Einheit transportiert werden kann. Es liegt auf der Hand, daß einerseits die deutsche Definition der Röntgeneinheit den Vorteil größerer physikalischer Exaktheit bietet, während andererseits der französische Vorschlag, die Ionisationskraft der Röntgenstrahlen mit derjenigen des Radiums zu vergleichen, für die praktische Durchführung der Eichungsmessung von vornherein große Schwierigkeiten beseitigt.

So wurde denn auf dem internationalen Röntgenkongreß in London, im Juli 1925, unter Führung von Sir William Bragg und unter Mitwirkung von Béclère, Duc

de Broglie, Friedrich, Holthusen, Martius, Küstner, Behnken, Hopwood, Holfelder u. a. eine internationale Einigung erzielt, die ungefähr die beiden eben gekennzeichneten Standpunkte miteinander verbindet. Eine endgültige Beschlußfassung über die internationale Röntgeneinheit wird dem 2. internationalen Röntgenkongreß in Stockholm im Jahre 1928 vorbehalten bleiben. Inzwischen hat sich die Messung nach deutschen Röntgeneinheiten in Deutschland ziemlich eingebürgert mit der Maßgabe, daß man sich dahin geeinigt hat, nur die einstrahlende Energie, also den freien Röntgenstrahl in der Luft zu messen und 550 R im Mittel als H.E.D. anzunehmen. Alle anderen Versuche, die Röntgenstrahlendosis am Orte der Wirkung, also an der Körperoberfläche oder an der Oberfläche des Wasserphantoms zu messen, führten je nach der Verwendung der verschiedenen Ionisationsinstrumente zu derartig großen Divergenzen, daß eine einwandfreie Messung der Rückstreuungswerte heute noch als mißlungen betrachtet werden muß.

Die Standardisierung der Röntgendosis ist heute also derart gelöst, daß man die in den Körper einstrahlende Röntgenenergie nach R-Einheiten mißt und dabei ein festes Verhältnis zur Erythemdosis ermittelt hat (1 H.E.D. gleich 550 R im Mittel). Die Angabe der Wirkungsdosis am Krankheitsherd geschieht dagegen nach wie vor korrekterweise in Prozenten der H.E.D.

Dosierung.

Die Frage der Raumdosis in der Tiefentherapie behandelt Jüngling. Ihre Bestimmung, d. h. diejenige der gesamten bei einer Röntgenbestrahlung absorbierten Energiemenge, ist eine notwendige Ergänzung der üblichen Messung der Herddosis, da häufig eine gewisse Überschreitung der Raumdosis empfindliche Allgemeinwirkungen auslöst. Als Maßeinheit „I“ wird die Gesamtmenge der absorbierten Röntgenenergie bis zu einer Tiefe von 20 cm bei 1 qcm Einfallsfeld und 100% der H.E.D. Oberflächendosis mit Schwermetallfilter vorgeschlagen. So hält Jüngling das Zielschießen mit kleinen Feldern wie beim „Röntgenwertheim“ nach Seitz und Wintz mit Recht für schonender als die homogene Beckendurchstrahlung nach Dessauer und Warnekross.

Die Großfeldermethode findet mehr und mehr ablehnende Beurteilung. So auch erneut von Wintz. Dieser hält jedoch an der Carcinomdosis, der „funktionshemmenden Dosis für bestimmte Carcinomzellen“ (Seitz) fest. Auch diese einschränkend definierte Carcinomdosis wird von anderen Autoren abgelehnt (Moore, Solomon, Eisenstein u. a.).

Im großen und ganzen aber wird die Carcinomdosis von Seitz und Wintz als mittlere Optimaldosis für die Carcinombestrahlung durchweg anerkannt.

Die Notwendigkeit der sorgfältig zielenden Verabfolgung der wirksamen Röntgendosis auf den Krankheitsherd wird von Holfelder erneut betont, denn die direkte örtliche zellschädigende Wirkung auf das Carcinom ist nach ihm das Wesentliche der Strahlenwirkung. Holfelder bestrahlt das gesamte Tumorgebiet maligner Tumoren mit homogenen Dosen, die dicht unter der Toleranzgrenze des strahlenempfindlichsten Gewebes der betreffenden Gegend liegt. Nur die Freiburger Schule glaubt an Stelle der Strahlenkonzentration am Krankheitsherd durch Allgemeinbestrahlung mit schwachen Dosen besser zum Ziele zu kommen (Opitz, v. Liebenstein, Manfred Fraenkel und andere).

Die überwiegende Mehrzahl der Röntgenologen hat jedoch in bezug auf die örtliche Verteilung der Strahlendosis den oben skizzierten Standpunkt Holfelders zu dem ihrigen gemacht. Während diese örtliche Verteilung der Röntgendosis durch die vorhergehenden Arbeiten als gelöst zu betrachten ist, ist die Frage nach der geeigneten zeitlichen Verteilung der Röntgendosis noch nicht in befriedigender Weise beantwortet. Diese Frage ist nach Holfelder „das Problem“ der Röntgentherapie. Eine generelle Lösung wird sich hierbei vermutlich überhaupt nicht finden lassen. Gegenüber den

Ausführungen Holzknechts, der die fraktionierte Dosierung im großen und ganzen unter Anlehnung an die Arbeiten von Regaud und Lacassagne und unter Zugrundelegung des karyokinetischen Index als die Carcinomtherapie der Wahl empfiehlt, weist Holfelder darauf hin, daß bestimmte Carcinomformen, besonders Plattenepithelcarcinome an den Übergängen von Haut und Schleimhaut (Lippe, Vulva, Penis) ganz unvergleichlich besser auf einmalige Intensivbestrahlung als auf fraktionierte Dosen ansprechen, während dies bei manchen Krebsformen, besonders bei denen der inneren Organe oft gerade umgekehrt ist.

Die Arbeitshypothesen des karyokinetischen Index haben keine allgemein befriedigende Lösung gebracht, und wir müssen feststellen, daß wir gerade in bezug auf die optimale zeitliche Verteilung der Strahlendosis über eine ganz grobe Empirie noch nicht herausgekommen sind.

Eine praktische Lösung, die die beiden extremen Dosierungsmöglichkeiten miteinander zu verbinden sucht und sich dadurch die theoretischen Vorteile beider Methoden zu sichern wünscht, hat George E. Pfahler angegeben und als Sättigungsmethode bezeichnet. Grob orientierende Versuche über die Erythembildung brachten Pfahler zu der Annahme, daß der biologische Insult der Strahlenwirkung ungefähr mit dem Logarithmus der Zeit abklingt, so daß eine gewöhnliche logarithmische Kurve, die sich über den Gesamtzeitraum der Strahlenreaktion (3 Monate) erstreckt, es gestattet, für jeden Tag diejenige Strahlenmenge abzulesen, die jeweils zur Aufsättigung der Reaktion bis zur vollen Höhe benötigt wird. Nachprüfungen dieser Methode durch Holfelder haben ergeben, daß man nach diesem Verfahren nach der Verabreichung einer vollen Erythemdosis während der Reaktionszeit ohne Schaden 1—3 mal aufsättigen kann. Es liegt auf der Hand, daß sich für manche Fälle das System der fraktionierten Dosierung unter Berücksichtigung der Pfahlerschen Sättigungskurve weit zielsicherer wird gestalten lassen.

Alles in allem aber finden wir in den Berichtsjahren nur die ersten zaghaften Ansätze zur Lösung des Problems der optimalen zeitlichen Verteilung der Strahlendosis. Eine Berücksichtigung der verschiedenen biologischen Wirkungen gleicher Röntgenstrahlenmengen bei verschiedener Konzentration der Verabfolgung (ob in mehreren Stunden oder ob in wenigen Minuten, wie dies von Holfelder gefordert wurde) ist noch nicht erfolgt.

Allgemeine Indikation der Strahlentherapie bei malignen Tumoren.

Die Indikationsstellung zur Strahlentherapie ist im großen ganzen die gleiche geblieben. Mit den Mißerfolgen der Röntgentherapie bei malignen Tumoren befaßt sich Sippel von der Berliner Frauenklinik; er untersuchte die Ursachen, die er in einer Überschätzung der Tiefenwirkung, in Dosierungsfehlern und in einer Überschätzung der Empfindlichkeit der Tumoren sieht. Perthes und Holfelder fordern, daß operable Carcinome stets operiert werden sollen. Gösta Forsell stellt auf Grund reicher Materialzusammenstellungen die Forderung auf, daß nur da bestrahlt werden soll, wo die Strahlentherapie der chirurgischen überlegen ist (Sarkome, Neubildungen der Mundhöhle). Mayo kommt in einer vergleichenden Beurteilung der operativen und Strahlenbehandlung des Krebses zum Ergebnis, daß die gut ausgeführte Operation der Strahlenbehandlung ungeheuer überlegen ist. Field sieht die Ursache für die geringen Erfolge der Strahlentherapie darin, daß nur die lokalen Veränderungen, nicht aber konstitutionelle Momente berücksichtigt würden.

Kasemann erkennt trotz der Mißerfolge beim Carcinom an, daß es inoperabele Tumoren gibt, die durch Röntgenbestrahlung für lange Zeit gebessert oder operabel wurden. Auch Klewitz (Königsberg) berichtet über vereinzelte Erfolge der Strahlenbehandlung maligner Tumoren.

Declairfayt behandelte 50 der verschiedensten Carcinomfälle mit 58% positiven und 42% negativen Resultaten.

Nach Case kommen die Strahlenbehandlungserfolge der bösartigen Tumoren denen der Operationsbehandlungen gleich.

Spezielle klinische Ergebnisse.

Mammacarcinom.

Nahezu alle Autoren vertreten in der Therapie des Brustkrebses den Standpunkt, daß die möglichst frühzeitige und sorgfältigst durchgeführte Operation ein unbedingtes Erfordernis ist. Doch haben die operativen Ergebnisse allein ein gewisses Optimum der Heilungsaussicht nicht zu überschreiten vermocht. Die Frage der prophylaktischen Nachbestrahlung stand daher im Vordergrund des Interesses. Die Ergebnisse waren sehr verschieden, da die Technik eine sehr verschiedene war. Während von manchen Autoren eine Kleinfelderbestrahlung mit Aluminiumfilter und kleinen Dosen, aber mangelhafter Tiefenwirkung und übermäßiger Inanspruchnahme der Haut durchgeführt wurde (Hans Meyer-Anschütz), bevorzugten andere eine Großfeldermethode mit hohen tiefwirkenden Strahlendosen (Perthes), die indessen die Körperabwehrkräfte und das gesunde Gewebe in unzuträglicher Weise schädigten.

Die von Holfelder angegebene Flankierungstechnik, welche es ermöglicht, hohe Dosen schwergefilterter Strahlung in die Brustwand und Achselhöhle sowie in die Oberschlüsselbeingrube zu schicken, daneben aber die Haut und die tiefen Organe vor Überdosierung schützt, brachte dagegen eine Lösung, die heute wohl Allgemeingut geworden ist. Die Dosierung bei dieser prophylaktischen Nachbestrahlung nach Holfelder soll etwa $1/2$ Erythemdosis betragen, die in steigenden Abständen von 4—6—8—20 Wochen 8—10mal auf das gefährdete Gebiet zur Einwirkung gebracht wird. Unabhängig hiervon gab Finzi (London) eine Flankierungsmethode an, die sich im Prinzip mit der von Holfelder deckt.

Die Resultate der prophylaktischen Nachbestrahlung der verschiedenen Kliniken sind nach vorstehendem dahin zu werten, daß die ungenügenden Ergebnisse auf eine mangelhafte Technik zurückzuführen sind.

An der Rostocker Klinik brachte die Nachbestrahlung nach Johann Karl Lehmann wesentliche Fortschritte. 55% der bestrahlten Fälle waren nach 3 Jahren, 39% nach 5 Jahren rezidivfrei. Dagegen nur 32% der nichtbestrahlten Fälle nach 3 Jahren und 28% der nichtbestrahlten Fälle nach 5 Jahren rezidivfrei. Walther hat 21 Statistiken über 9000 Mammacarcinomfälle in den Jahren 1891—1921 bearbeitet. Die operative Heilung nach 3 Jahren betrug 31,9%, die Operation mit Nachbestrahlung ergibt nach Walther 77% Heilungen nach 3 Jahren, dabei ist aber zu berücksichtigen, daß die Zahl der von Walther statistisch erfaßten Fälle mit prophylaktischer Nachbestrahlung gegenüber den rein operativ behandelten Fällen immerhin nicht groß genug ist, um bei dem Ergebnis von 77% Heilungen den statistischen Zufall ausschließen zu können. Auch nach Pfahler, Colez, Baensch, Sittenfield, Wassink, Bourton, Simon, Wollner, Linder, Spinelli u. a. führt die prophylaktische Nachbestrahlung zu guten Erfolgen. Dagegen spricht Béclère sich nur mit Vorbehalt für die prophylaktische Nachbestrahlung aus. Auch nach Roux-Berger ist die Prognose des Brustkrebses durch die Nachbestrahlung kaum gebessert. Ebenso werden an der Breslauer Klinik die Resultate der prophylaktischen Nachbestrahlung nach Rahm nur mit Vorsicht zugunsten der Nachbestrahlung angesehen; Baccer hat sie ganz verlassen, da sie nach ihm vermehrte Rezidive ergeben hat.

Bei inoperabelen Fällen ist stets die Bestrahlung durchzuführen. In 90% der Fälle tritt nach Holfelder hier wenigstens vorübergehende Besserung ein, und in einzelnen Fällen läßt sich sogar Dauerheilung erzielen. So beobachtete Beck (Kiel) unter 15 inoperabelen Fällen 4 klinische Heilungen von $2^1/_2$—5 Jahren. Meier (Göttingen) stellte auf dem Chirurgenkongreß 1924 ein seit $2^1/_2$ Jahren durch Röntgenstrahlen

geheiltes Mammacarcinom vor. Henry Schmitz hat in den Jahren 1914—1921 281 histologisch nachgewiesene Mammacarcinome behandelt. Er glaubt durch kombinierte Behandlung mit Röntgenstrahlen und Radium in Nadeln, die bei 200 mg 14 Stunden liegenbleiben, die Resultate gebessert zu haben. Auch de Baccer möchte das Mammacarcinom mit Radium bestrahlt wissen, und zwar durch Radiumröhrchen innerhalb eines Gummidrains, das am Schlusse der Operation eingelegt wird und 24 Stunden dort verbleibt.

Kehlkopf.

A. Hintze hat die von Hofmeister, Jüngling und Wintz beschriebenen Knorpelschädigungen des Kehlkopfes nach Röntgenbestrahlung nachgeprüft und kommt zu dem Ergebnis, daß die Empfindlichkeit des von der Haut bedeckten Knorpels eine so geringe ist, daß die Schädigungen nicht durch Überempfindlichkeit des Kehlkopfes erklärt werden können; Holfelder hat gleichfalls Untersuchungen über diese Frage angestellt und gefunden, daß die Ursache der Knorpelschädigungen gerade des Kehlkopfes in Dosierungsfehlern sowie in Überschneidungen durch Zugrundelegung falscher Isodosenkurven zu sehen ist. Coutard und Hautant empfehlen die Röntgenbestrahlung des Kehlkopfkrebses. Quick erreichte durch Radium 33% Heilungen. Die Radiumbehandlung dieses Leidens wird von Ledoux-Lebard, William, Newcomet u. a. empfohlen.

Schilddrüse.

Holfelder berichtet über 7 über 3 Jahre geheilte Fälle von sicher nachgewiesenem Schilddrüsenkrebs. Auch Holzknecht setzt sich für die Röntgenbestrahlung des Schilddrüsencarcinoms ein, unter Hinweis auf Perthes und jahrelang gebesserte Fälle Schädels. Bei isolierten Knoten lassen sich nach Werner durch Radiumbehandlung gute Erfolge erzielen.

Mundhöhle.

Schreiner berichtet über 136 Fälle von Lippencarcinom, die mit Röntgenstrahlen behandelt wurden. Bei 69 Fällen, bei denen die Lymphbahnen nicht erkennbar ergriffen waren, hatte er 58 klinische Heilungen; 78% davon blieben über 3 Jahre, 52% über 5 Jahre rezidivfrei. Bei den Fällen, die Drüsenmetastasen hatten und bestrahlt wurden, die aber noch operabel waren, hatte er von 36 Fällen 13 klinische Heilungen, 39% blieben über 3 Jahre, 30% über 5 Jahre rezidivfrei. Bei inoperabelen Fällen ist durch Röntgenbestrahlung nichts zu erwarten. Leukoplakien und Carcinome aller Grade der Zunge sind nach Palumbo der Strahlentherapie gut zugänglich; er empfiehlt zu Beginn Radium, später Röntgenbehandlung oder beides von Anfang an kombiniert. Von 47 mit Radium behandelten Lippencarcinomen hat Lammers 35 geheilt. Auch Simson, Eduard Frank, Ledoux, Lewis, Crowe, Werner und Grier berichten über gute Erfolge mit Radium bei Carcinomen der Luft- und oberen Verdauungswege. Beim Tonsillencarcinom bestrahlt Grier zunächst die regionären Drüsen mit Röntgenstrahlen, um dann den primären Tumor mit Radium zu spicken.

Über die Erfahrungen des Radium-hemmet in Stockholm bei der Behandlung der Geschwulstbildungen der oberen Luft- und Verdauungswege referierten Holmgren und Berven auf dem 5. Laryngologenkongreß in Stockholm. Die malignen Oberkiefertumoren, das Buccalcarcinom und die malignen Tonsillartumoren fanden eine erschöpfende Darstellung in ihrem klinischen Verlauf und der Therapie.

Bei den malignen Oberkiefertumoren erstreckte sich die Therapie vorwiegend auf chirurgische Behandlung, wobei von Holmgren der Operation mit chirurgischer Diathermie der Vorzug gegeben wird, mit postoperativer radiologischer Bestrahlung. Diese ergab beim Oberkiefercarcinom nach Berven 9% Dauerheilungen über 5 Jahre. Die

radiologische Behandlung inoperabeler Fälle erzielte einen guten palliativen Effekt. Die operierten und postoperativ bestrahlten Sarkome des Oberkiefers ergaben in 37% Symptomfreiheit durch 3 Jahre und in 29% Symptomfreiheit durch 5 Jahre. Bei den inoperabelen Sarkomen konnte nur ein unbedeutender palliativer Erfolg erzielt werden, während 2 operabele, aber nur bestrahlte Fälle bis zu 3 Jahren zum Stillstand kamen.

Beim Buccalcarcinom, bei dem die Operations- und die Röntgenbestrahlungsergebnisse nach Berven gleich entmutigend sind, wurde durch Radium in 18% der Fälle Symptomfreiheit durch 4 Jahre und länger erzielt. Die Applikation des Radiums erfolgte mittels Abdruckmoulagen von der Mundhöhle, auf die die Radiumtuben, die 5 mg Radiumelement bei 1—2 mm Bleifilterung enthielten, fixiert und dann 20 Stunden aufgelegt wurden.

Bessere Ergebnisse wurden von Berven seit dem Jahre 1921 erzielt durch Operation mittels destruierender Wärme (Elektrokoagulation). In 36% der Fälle wurde Rezidivfreiheit über 3 und mehr Jahre erzielt. In allen Fällen von Buccalcarcinom soll nach der Elektrokoagulationsoperation eine Röntgenbestrahlung der regionären Drüsengebiete und des Operationsfeldes stattfinden.

Die Tonsillarcarcinome bestrahlt Berven in den letzten Jahren mit Radium. 20—30 mg Stunden Radiumelement, durch 2 mm Bleifilter, auf 2—3 Tage verteilt. Bei einer relativ kleinen Zahl wurde Symptomfreiheit durch Zeiträume erzielt, die von 3 Monaten bis zu $2^1/_2$ Jahren schwankten. Temporäre Besserung wurde für 1—4 Jahre erreicht (6 Fälle). Bei inoperabelen Fällen, 22, wurde bestenfalls ein kurzer palliativer Erfolg erzielt. Die Sarkome der Tonsillen lieferten Berven dagegen bessere Resultate. In 76% seiner Fälle brachte er es durch Röntgenbestrahlung zu einer erheblichen Verkleinerung des Primärtumors; er schloß dann eine Radiumbehandlung an. Durch Radiumbestrahlung allein wurde durch ihn Symptomfreiheit über $^1/_2$Jahr bis zu 9 Jahren in 53% der 32 Fälle erzielt.

Oesophaguscarcinom.

Pirie hat beim Oesophaguscarcinom durch Röntgenbestrahlungen Besserungen bis zu 1 Jahr erzielt. Von 67 Fällen mit Oesophaguscarcinom, die Mills mit Radium bestrahlte, hatte er bei 52 gute palliative Erfolge. Er gab 50 mg für 6 Stunden bei 2maliger Wiederholung mit Pausen von 6 Tagen. Guisez berichtet sogar über Dauerheilungen bei einwandfrei nachgewiesenem Oesophaguscarcinom bei einer Reihe von Fällen. Er und auch Jentzer ziehen die Radiumbehandlung der Gastrostomie vor. William Hill hat seine Oesophaguscarcinomfälle mit Radium behandelt; er gibt pro Kubikzentimeter Tumor 50 mg Radiumbromid mit 1 mm Silberfilter für 15 Stunden und wiederholt die Bestrahlung nach 6wöchentlicher Pause. Nach zum Teil 2jähriger Behandlung hatte er Besserungen bzw. Rezidivfreiheit von $2^3/_4$ bis zu 5 Jahren erzielt.

Rectumcarcinom.

Harry Bowing und Frank Anderson empfehlen Röntgen- und Radiumbestrahlung des Rectumcarcinoms vor der Operation, da nach ihren Erfahrungen (43 Fälle) diese Vorbehandlung den Verteidigungsmechanismus stärkt und die Lebensdauer erhöht. Stark rät, beim Rectumcarcinom stets zu operieren. Durch Radiumbestrahlung hat Neumann bei einem Material mit 70% inoperableen Fällen 52,5% Heilung. Er geht nach einem kombinierten Verfahren vor: nach der operativen Freilegung des Tumors wird Radium in einer Gesamtdosis von 48—60 Millicurie in das Tumorgebiet gespickt und nach 2 Monaten die Amputatio recti ausgeführt.

In einer klinischen Studie über die Radiumtherapie des Mastdarmkrebses kommt Kelly zu dem Ergebnis, daß Radium allein, oder unter Unterstützung mit gewissen operativen Maßnahmen das wirksamste Mittel der Behandlung des Rectumkrebses aller Stadien ist. Der Wert ist palliativ in 62%, heilend in 11%. 27% werden nicht

beeinflußt. Die beste Applikationsmethode des Radiums ist noch nicht sicher festgelegt.

Prostata- und Blasencarcinome.

Häuser erreichte bei Prostata und Blasencarcinomen in 6 Fällen Besserung durch Röntgenbestrahlung. Durch kombinierte Behandlung mit Operation, Radium und Röntgenstrahlen hatte Isaak Levhin die besten Erfolge. Radium wird am Ende der Operation verabfolgt, und mit Röntgen nachbestrahlt. Während 5 Jahren behandelte Flandrin 22 Blasentumoren mit intravenösen, intramuskulären und paravesicalen Injektionen von Mesothoriumbromat, mit besseren Erfolgen als mit chirurgischer Behandlung. In 5 Fällen verschwand der Tumor, in 7 Fällen trat eine solche Besserung ein, daß ein Verschwinden des Tumors noch zu erwarten war, und in 6 Fällen trat eine wesentliche Besserung ein. Der Rest verhielt sich refraktär. Hymann behandelte Blasencarcinome wie Barringer mit cystoskopischen Spickungen mit zufriedenstellenderen Resultaten, als mit irgendeiner anderen Methode. Ebenfalls berichten Leguen und Barringer über erfolgreiche Behandlungen von Prostata- und Blasencarcinomen mit Radium. Barringer spickt beim Prostatacarcinom mit Radiumnadeln vom Damm, 800 mc-Stunden in einer Sitzung alle 2—3 Monate. Von 46 so behandelten Fällen waren 5 über 5 Jahre rezidivfrei.

Hautcarcinome.

Schönhof (Prag) hatte bei Carcinomen der Haut, die sich nur auf diese beschränkten, gute Erfolge mit Röntgentherapie. Er hält sie auch bei operabelem Carcinom für gerechtfertigt. Hazen und Whitmore erzielten bei 160 Hautcarcinomen 88,8% primäre Heilungen. Röntgen- und Radiumbestrahlung der Hautcarcinome hält Rost für gleichwertig. Homogenität und Härte der Strahlung sind nicht ausschlaggebend. Filterung mit 3—4 mm Al. und Überschreitung der H.E.D. um ein Drittel haben sich nach Rost am besten bewährt.

Die Epitheliome der Haut sind nach Werner das klassische Feld für die Radiumtherapie. Er sowohl wie Regaud, Bioglio, Raulisom, Dennis, Mazzoni, de Castro Freire u. a. haben damit gute Erfolge, die sich auch auf die benignen Neubildungen der Haut (Naevi, Hämangiome, Keloide) erstrecken.

Sarkome.

Regaud, Rux-Berger, Joly, Lacassagne, Coutard, Monot und Richard berichten aus dem Pariser Radiuminstitut aus den Jahren 1919—21 über die Resultate der Sarkombestrahlung. Die Lymphosarkome sollen nie chirurgisch behandelt werden, sondern man wähle bei ihnen wegen der besonderen Radiosensibilität die Röntgentherapie, die der Radiumtherapie überlegen ist; das gleiche gilt von den Myelosarkomen. Dagegen sollen Fibrosarkome wegen der geringen Radiosensibilität stets operiert werden. Bei Inoperabilität ist auch hier die Röntgenbehandlung wirksamer als Radium. Bei den Osteo- und Chondrosarkomen kommen die Operationserfolge denen der Röntgentherapie gleich. Radium ist hier ungeeignet. Eine einheitliche Sarkombehandlung kann es nach den Autoren nicht geben, da sie von der histo-pathologischen Klassifikation abhängt. Die chirurgische Therapie ist im allgemeinen unwirksam, oft gefährlich, außer bei den radioresistenten Fibrosarkomen. Radiumtherapie soll nur ausnahmsweise Anwendung finden. Holfelder fordert gleichfalls Bestrahlung für den Sarkomkranken, da die Erfolge mindestens ebenso günstig sind wie bei der Operation. Die Probeexcision ist nicht ungefährlich. Die Röntgenbestrahlung der Riesenzellentumoren gibt nach Herendien eine absolut gute Prognose. Makenzie veröffentlicht einen Fall offenbarer Heilung eines Sarkoms des Os ethmoidale durch Röntgenbehandlung. Baensch sah bei den Melanosarkomen keine Erfolge; auch nach ihm

ist die Wirkung bei den Fibrosarkomen nicht so günstig wie bei den Lymphosarkomen. Mayo erkennt den Wert der Röntgenbestrahlung bei Tumoren mit großem Zellreichtum an. Pfahler kommt auf Grund von 26 Fällen zu dem Schluß, daß die Röntgenbehandlung bei Sarkomen der Augenhöhle Besserung herbeiführt, bei Rezidiven versagt sie. Für primäre Tumoren ist sie die Methode der Wahl. Werner behandelt Sarkome und Carcinome mit radioaktiven Substanzen extratumoral von der Haut und durch Einführung in Körperhöhlen intratumoral durch Spickmethoden; bei Sarkomen des Schädeldaches hat er durch extratumorale Behandlung dauernde Erfolge beobachtet.

Hodgkinsche Krankheit.

Über 200 Fälle dieser Krankheit berichtet Stone: Die Lebensdauer kann um 2—3 Jahre verlängert werden. Pfahler und Boyl haben einen Fall davon geheilt. Schreiner sah dagegen nie Heilungen, nur Remissionen, unter 46 Fällen; er gibt 70% Herddosis in 6—9 wöchentlichen Pausen.

Gehirn und Rückenmark.

Bailey hat 242 Fälle von Hirntumoren bestrahlt mit dem Ergebnis, daß Meningiome nicht reagieren, Adenome der Hypophyse dagegen gut. Bei den Gliomen hat er neben guten auch schlechte Erfolge. Roussy sah bei den Gliosarkomen nur Verschlimmerung, deshalb rät er stets zur Operation. Flatau empfiehlt konservative Behandlung von Gehirn- und Rückenmarkgeschwülsten auf Grund von 2 Heilungen. Ebenfalls bestrahlten Bremer, Copper, Sluys Hirntumoren (nicht hypophysäre) mit überraschenden Besserungen. Brunetti schätzt die Heilungsaussichten bei Gehirntumoren durch Röntgenbestrahlung auf 30%, operativ dagegen nur 15%, und dazu kommt noch eine Operationsmortalität von 40% nach der Eiselsbergschen Statistik. Er hält danach für richtig, nur die Fälle zu operieren, bei denen die Röntgentherapie versagt. Gerloczy berichtet über 3 mit Röntgenstrahlen behandelte Fälle von Hypophysentumoren: 2 der Fälle sind gut gebessert; er rät vor der Operation zur Bestrahlung. Auch Wehefritz u. a. bestrahlten Hypophysentumoren mit gutem Erfolg. Bei Hypophysengeschwülsten, retrobulbärem Gliom bzw. Gliosarkom hat Werner durch Radiumbehandlung dauernde Erfolge.

Prostatahypertrophie.

Hierbei hatten Ledoux-Lebard, Stark und Nitter gute Erfolge mit Röntgenbestrahlung. Guilbert gibt hohe Dosen in einer Sitzung und hat gute Erfolge bei dem Adenom, während das Fibrom schlecht reagiert. Sacanella kommt auf Grund der Behandlung von 20 Fällen zu dem Resultat, daß die Wirkung nur im Anfangsstadium gut ist, während er sie in vorgeschritteneren Fällen als gefährlich verwirft. Seit 1911 behandelte Dohi über 30 Fälle von Prostatahypertrophie mit sehr guten Erfolgen mit Radium; auch Burnam erzielte bei 17 von 29 Fällen völlige Heilung. Dagegen kann Bumpus von der Mayoschen Klinik auf Grund von 11 Fällen in der Radiumtherapie keinen Ersatz für die Operation sehen; die Radiumtherapie wurde durch Spickmethode vom Rectum und transurethral durchgeführt.

Thyreotoxikosen.

Groover, Christie, Merritt setzen die Erfolge der Röntgenstrahlen bei Hyperthyreoidismus denen des Chirurgen gleich. Sie empfehlen die Bestrahlung, nur bei refraktärem Verhalten soll operiert werden. Holmes erzielte sichere Erfolge mit 3 Felder-Bestrahlung: jeder Drüsenlappen ein Feld, und ein Feld auf die Thymusdrüse. Jenkinson ist auf Grund seiner Erfolge mit Röntgenstrahlen ein Gegner der Operation geworden, nur Cysten und kolloide Kröpfe sollen nicht bestrahlt werden. Er fordert wie Grier und Read stets Stoffwechselkontrolle. Er gibt nicht mehr als

$^1/_4$ Erythemdosis und hat 80% Erfolge von 5—8 Jahren, nur 20% verhielten sich resistent. Sielmann bestrahlte 386 Basedowfälle mit dem Ergebnis, daß 50,5% geheilt, 44,5% gebessert wurden, 5% verhielten sich refraktär. Gleichfalls gute Erfolge hatten Tousay, Piga, Larrée, Saberton, Means, Durchan, Backer, Groover und andere.

Nach einer neuen Methode bestrahlt Gudzent-Berlin die Basedowstrumen mit Radium: 25 mg Radiumelement in 1,5 mm Messing auf Korkklötzchen von 1 cm Dicke werden zu 4—6 solcher Träger auf der Schilddrüsengegend befestigt und 14 Stunden belassen. In Anfangsfällen genügt eine Bestrahlung, sonst wird mit einer 2. Bestrahlung ein sicheres Ergebnis erzielt.

Tuberkulose.

Nach Hass gibt es keine Tuberkulosedosis; die individuelle Dosis muß durch Erfahrung gewonnen werden. Pordes hat bei chirurgischer Tuberkulose gute Resultate bei kleinen Dosen. Er sieht in den Röntgenstrahlen ein spezifisches Mittel gegen dieses Leiden. Auch Claessen hält es bei chirurgischer Tuberkulose mit Recht für einen großen Fehler, wenn man an Händen oder Füßen verstümmelnde Operationen vornimmt, ohne gründliche Röntgenlichtbehandlung. Weisz hat besonders gute Erfolge bei Drüsentuberkulose im Kindesalter; auch bei der Knochen- und Gelenktuberkulose im Kindesalter ist Röntgenbestrahlung nach ihm immer indiziert, ohne Rücksicht auf Sitz und Ausdehnung. Über sehr gute Resultate bei weiblicher Genitaltuberkulose und Peritonealtuberkulose berichtet Uter (Heidelberg). Gösta Runström empfiehlt 4—6 Serien bei Tbc.-Lymphomen mit Einzeldosen von $^1/_3$—$^1/_5$ der H.E.D. Groedel und Lossen fordern bei fistelnder Tbc. stärker gefilterte Bestrahlung, da in diesen Fällen eine Schädigung der Haut wesentlich leichter eintritt. Noch zahlreiche andere berichten über gute Erfolge bei chirurgischer Tuberkulose.

Entzündungen.

Auf dem Chirurgenkongreß 1924 referierte Heidenhain über Röntgenstrahlenwirkung bei chirurgischen Entzündungen und gab bemerkenswerte Erfolge bekannt. Fried machte zum gleichen Thema klinische und serologische Angaben. Die Erfolge sind in durchschnittlich 60% gute und sehr gute, erfolglos ist die Behandlung bei Eiterungen in starrwandigen Höhlen und bei Sepsis. Es werden 10—20% der H.E.D. gegeben. Bei gynäkologischen Entzündungen (Metritis, Endo-Peri-Parametritis, Salpingitis und Pyosalpinx) hatte Fried in 85% gute Heilergebnisse, 15% waren zweifelhaft bis negativ. Kaers bestrahlte mit sehr gutem Erfolg postoperative Bronchopneumonien. Über gute Erfolge berichten weiter Cramer und Hodges. Freund hält die bisher geltenden Grundsätze der Behandlung akuter Eiterungen durch die Resultate der Röntgenbehandlung nicht für erschüttert.

Verschiedenes.

Matoni hat Magen- und Duodenalgeschwüre mit Röntgentiefenbestrahlung behandelt. Er gibt 60% der H.E.D. 18/20 Feldgröße mit dem Ergebnis, daß die Salzsäuresekretion erheblich nachläßt, und klinische Dauerheilungen eintreten. Reginald Morrell glaubt, daß bei Verletzungen der Sehnen mit primärer oder sekundärer Naht, Zerreißungen, Verbrennungen usw. mit Röntgenbehandlung bessere Resultate erzielt werden, als mit den häufig versagenden anderen Verfahren. Das Narbengewebe soll durch vaskularisiertes Gewebe ersetzt werden. Piccaluga beschreibt eine Technik zur Behandlung der Hämorrhoiden, bei 17 Fällen hatte er keinen Versager!! Otto Maier empfiehlt Bestrahlung der Milz bei Blutungen (Menorrhagien, Metrorrhagien). Kroell hat bei Perniones gute Anfangserfolge, mit $^1/_3$—$^1/_2$ der H.E.D. bei 3 mm Aluminiumfilter. Bei Lupus des Naseninneren hatte Baumgartner durch Radium

stets Erfolge (12 Fälle). Borack (Wien) führte Hypophysenbestrahlungen bei gynäkologischen Affektionen durch; diese Bestrahlungen erwiesen sich bei Amenorrhöe in 78%, bei klimakterischen Ausfallserscheinungen in 75—82% als erfolgreich; auch bei Dysmenorrhöe waren die Ergebnisse gut, während beim Myom und zur Erzielung der Sterilisierung keine Erfolge durch diese Hypophysenbestrahlungen erreicht wurden. Es wurde eine 1—4-Felderbestrahlung mit $^1/_3$ der H.E.D. bei Schwermetallfilterung mit 8tägigem Abstand durchgeführt.

Röntgenbehandlung der Geschwülste.

Allgemeines (*siehe auch Allgemeines und Biologisches der Röntgenstrahlen S. 277 und Technisches S. 278*).

Backer, P. de, und F. Derom, Über Krebsrückgang nach Radium und X-Strahlenbehandlung. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. **6**, Nr. 6, S. 95—103 u. Nr. 7, S. 115 bis 125.) (Flämisch.) **32**, 748.

Baensch, W., Die Ergebnisse der Röntgentherapie chirurgischer Erkrankungen. Nach klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen an der Payrschen Klinik. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 567—605.) **32**, 354.

Barjon, F., Réflexions sur le traitement des naevi vasculaires tubéreux par les rayons de Roentgen. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 1, S. 15—21.) **31**, 357.

Beck, A., Die Bedeutung und die Probleme der Strahlentherapie in der Chirurgie unter besonderer Berücksichtigung der Erfahrungen der Kieler Chirurgischen Klinik. (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 2, S. 199—260.) **31**, 663.

Béclère, Néoplasme pulsatile du sacrum, vraisemblablement de nature sarcomateuse traité avec succès par la roentgenthérapie. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 11, S. 503—507.) *

Birch-Hirschfeld, Die Strahlentherapie maligner Tumoren in der Ophthalmologie. (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 6, S. 1087—1089.) *

Bloodgood, Joseph C., The treatment of bone sarcoma by toxins, radiations, amputation or resection. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 3, S. 253—256.) **34**, 209.

Brachetto-Brian, Domingo, Biologische Grundlagen der Radiotherapie der malignen Tumoren. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 27, S. 25—29.) (Spanisch.) **33**, 264.

Burrows, Arthur, The treatment of tumours of the skin by radium alone or in combination. (Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 300, S. 269—275 u. Nr. 301, S. 304 bis 321.) **34**, 629.

Case, James T., Radiation therapy of malignant disease. (Surg. dep., Battle Creek sanit., Battle Creek, Mich.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 2, S. 108 bis 114.) **32**, 83.

Cavina, Giovanni, Osservazioni istologiche su di un caso di linfosarcoma cervicomediastinico trattato con la Röntgenterapia. (III. sez. chir., osp. magg., Bologna.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 5, S. 221—243.) **32**, 357.

Chaoul, H., Die Röntgenbehandlung bösartiger Geschwülste. (Chir. Klin., Univ. München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 1/2, S. 59—71.) **33**, 369.

Cole, A. M., The use of X-ray and radium in superficial malignancies. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. **17**, Nr. 3, S. 71—76.) **37**, 863.

Crile, G. W., Results of surgical treatment of cancer. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 24, S. 1019—1022.) **34**, 9.

Cushway, B. C., Practical application of radiation therapy in conjunction with surgery. (Illinois med. journ. Bd. **48**, Nr. 4, S. 264—269.) **33**, 790.

Dergačeva, L. W., Zur Frage der Röntgentherapie der Sarkome. (Röntgenabt., staatl. Inst. z. ärztl. Fortbildung, Leningrad.) (Žurnal dlja usoveršenstvovanija vračej Nr. 10, S. 553—555.) (Russisch.) **35**, 310.

Desjardins, Arthur U., Radiotherapy in four unusual cases of malignant tumor. (Med. clin. of North America Bd. **8**, Nr. 4, S. 1371—1379.) **31**, 857.

Doub, Howard P., A. Bolliger and F. W. Hartman, Immediate metabolic disturbances following deep Röntgen-ray therapy. A preliminary report of an experimental and clinical study. (Dep. of roentgenol. a. pathol., Henry Ford hosp., Detroit.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S 54—64.) **31**, 511.

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. (Röntgendiagnostik. Röntgen-, Radium- und Lichttherapie.) Hrsg. v. H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling

und H. Martius. Bd. 1. (Leipzig: Georg Thieme 1925. VI, 748 S. u. 3 Taf. RM. 45.—.) **32**, 443.

Escudero, Pedro, H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Sichtbarmachung der hepatobronchialen Fisteln durch retrograde Füllung mit jodiertem Öl. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 260—263.) (Spanisch.) **35**, 310.

Finzi, N. S., Some development in deep radio-therapy. (Brit. journ. of radiol. Bd. **21**, Nr. 83, S. 67—79.) **32**, 356.

Finzi, N. S., The use of radium in combination with X-rays and surgery. (Brit. journ. of radiol. [Arch. of radiol. a. electrotherapy] Bd. **30**, Nr. 304, S. 430—432.) **34**, 485.

Frank, J. W., Experimental and clinical evidence supporting the action of the secondary radiations from the Röntgen tube in the treatment of malignant processes. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 7, S. 403—405.) **32**, 497.

Fried, C., Bactericidie nach Röntgenbestrahlung. (Städt. Krankenh., Worms a. Rh.) (Strahlentherapie Bd. **21**, H. 1, S. 56—72.) **33**, 868.

Fritsch, Hans, Röntgentherapeutische Merkblätter für den praktischen Arzt. (Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1925. 35 S. RM. 0.84.) **30**, 808.

Grossmann, G., Physikalische und technische Grundlagen der Röntgentherapie: (Physikalische und technische Grundlagen der Röntgentherapie. [207 Abb.]) (Strahlentherapie Sonderbd. **9**, S. 1—300.) **35**, 15.

Handbuch der Röntgentherapie. III. Bd. des Handbuches der gesamten medizinischen Anwendungen der Elektrizität einschließlich der Röntgenlehre, 2. Tl. Hrsg. v. Paul Krause. Liefg. 8. Holfelder, Hans, Die Röntgentherapie bei chirurgischen Erkrankungen. I. Allg. Teil. (Leipzig: Werner Klinkhardt 1925. VI, 190 S. RM. 9.60.) **31**, 811.

Hazen, Henry H., and Eugene R. Whitmore, The end results in Roentgen-ray treatment of cutaneous cancer. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 2, S. 144—157.) **32**, 84.

Holfelder, Hans, Kritische Betrachtungen zum gegenwärtigen Stand der strahlentherapeutischen Forschung. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 10, S. 366—368.) **31**, 813.

Holfelder, Hans, Die Röntgenbehandlung der malignen Geschwülste. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 6, S. 1015—1019.) *

Holzknecht, Wie soll man „also" Carcinome bestrahlen ? (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges. Nauheim, Sitzg. v. 25.—27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, Kongreßh., S. 75—82.) **34**, 415.

Landaburu, Juan Carlos, Radiologische Betrachtungen über die Hauttumoren. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 166—176.) (Spanisch.) **34**, 227.

Leddy, Eugene T., and James L. Weatherwax, The Roentgen treatment of advanced cancer. (Radiol. clin., Philadelphia gen. hosp., Philadelphia.) (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 275—279.) *

Lehrbuch der Strahlentherapie. Hrsg. v. Hans Meyer. Bd. 1: Die wissenschaftlichen Grundlagen der Strahlentherapie. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. XV, 1158 S. RM. 48.—.) **32**, 171.

Lehrbuch der Strahlentherapie. Hrsg. v. Hans Meyer. Bd. 2: Die Strahlentherapie in der Chirurgie. Hrsg. v. R. Werner. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. XII, 702 S. u. 2 Taf. RM. 33.—.) **32**, 273.

Mayo, W. J., The relative values of surgery and radiotherapy. (Minnesota med. **8**, S. 7.) **32**, 274.

Meldolesi, G., e U. Nuvoli, La filtrazione variabile di Ghilarducci nella radioterapia dei cancri cutanei ulcerati. (Istit. di radiol. med. ed elettroterapia, univ., Roma.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 6, S. 908—1021.) **36**, 104.

Miranda Gallino, M., Behandlung der malignen Tumoren. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. **9**, Nr. 1, S. 183—186.) (Spanisch.) *

Molnár, József, Krebstherapie mit Röntgenstrahlen. (Budapesti orvosi ujság Jg. **23**, Nr. 32, S. 953—960.) (Ungarisch.) *

Morgan, J. D., Further observations on the treatment of malignant neoplasms by a fractional Roentgen radiation technique. (Radiol. dep., William L. Clark hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 3, S. 244—246.) **32**, 83.

Nisbet, A. T., Twenty-one months with deep therapy treatment. (Hosp. f. sick childr., Brisbane.) (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 1, S. 9—15.) *

Opitz, On the radiation biology of carcinoma. (Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 300, S. 252—264.) *

Orfila, Juan Antonio, Über die Radiotherapie des Instituts. (Bol. del inst. de med. exp. Jg. **1**, Nr. 4, S. 130—135.) (Spanisch.) **33**, 790.

Pachner, Enrico, e Giuseppe Martinotti, Studio sperimentale sull'azione dei raggi X su un sarcoma del ratto. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 244—250.) **32**, 820.
Pfahler, G. E., Radiation therapy in deep seated malignant disease. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. **4**, S. **443**—**448**.) **34**, **417**.
Piergrossi, Lamberto, La radiosensibilità del cancro in rapporto alla citodieresi. Metodi di irradiazione che ne derivano. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. **4**, S. 529—585.) **34**, 823.
Pierson, J. W., Fundamental principles of roentgen therapy. (Roentgenol. dep., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 10, S. 715—717.) *
Proust, R., et R. Coliez, Des moyens d'améliorer la pénétration en profondeur des rayons X et des rayons du radium. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 6, S. 126—133.) **31**, 515.
Quick, Douglas, and Max Cutler, Radiation reaction of metastatic squamous cell carcinoma in cervical lymph nodes. (Mem. hosp. a. dep. of pathol., Cornell univ. med. school, New York.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. **6**, S. 529—540.) **35**, 386.
Regaud, Cl., Quelques fondements radiophysiologiques de la radiothérapie des néoplasmes malins? (Laborat. de biol., inst. du radium, univ., Paris.) (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 6, S. 113—125.) **31**, 515.
Repina, A., Die Behandlung des Hautkrebses mit Röntgenstrahlen auf Grund des Materials des Staatlichen Röntgeninstituts in Leningrad. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, H. 3/4, S. 193—198.) (Russisch.) **34**, 228.
Roussy, Gustave, Histologische Veränderungen des Krebsgewebes bei Strahlenbehandlung. (Bibliotek f. Laeger Jg. **117**, Nov.-H., S. 453—480.) (Dänisch.) *
Schoenhof, Clara, Röntgenstrahlenwirkung und Tumorbildung. (Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 35, S. 1302—1304 u. Nr. 35, S. 1350 bis 1353.) **33**, 165.
Schreiner, Bernard F., X-ray in cancer therapy. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 24, S. 1025—1027.) **34**, 569.
Smith, Roscoe L., The most helpful agent in treatment of malignancy: High voltage X ray therapy. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 2, S. 60—62.) **36**, 254.
Steenhuis, D. J., Die Röntgenstrahlenbehandlung des malignen Granuloms. (Röntgenafd., acad. ziekenh., Leiden.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 13, S. 1398—1411.) (Holländisch.) **32**, 749.
Stenstrom, K. Wilhelm, Review of theories of mechanism of action of radiation in treatment of cancer. (State inst. f. the study of malignant dis., Buffalo.) (Journ. of cancer research Bd. **9**, Nr. 2, S. 190—203.) **33**, 868.
Strauß, Otto, Einfluß der Bestrahlung auf die Carcinom-Behandlung und Ausblick auf die Zukunft. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. **9**, S. 659—669.) (Spanisch.) *
Voorhoeve, N., Resultate und Erfahrungen bei der Röntgenbehandlung des malignen Granuloms. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 15, S. 1677 bis 1686.) (Holländisch.) *
Wassink, W. F., und C. Ph. Wassink-van Raamsdonk, Strahlenbehandlung des Hautkrebses. (Klin., Antoni van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 12, S. 1333—1340.) (Holländisch.) **34**, **415**.
Wassink, W. F., und C. Ph. Wassink-van Raamsdonk, Erfolge der Strahlenbehandlung des Hautkrebses. (Klin. d. Anat. van Leeuwenhoekhuis, Amsterdam.) (Acta radiol. Bd. **4**, H. 2, S. 146—155.) **34**, 569.
Wermel, S. Röntgenstrahlen und bösartige Geschwülste. (Reichsinst. f. Physiatrie u. Orthop., Moskau.) (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 5, S. 129—132.) (Russisch.) **33**, 793.
Werner, Richard, Über die Abgrenzung von Röntgenstrahlen und Radium in der Behandlung maligner Tumoren. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 10, S. 732—736.) (Spanisch.) **33**, 267.
Withers, Sanford, The treatment of malignancies by radiation. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. **3**, S. 235—244.) **32**, 448.
Yocom jr., A. L., Treatment of malignancies by the use of surgical diathermy and X ray. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 11, S. 444—446.) **36**, 868.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen von Gehirn und Rückenmark.

Bailey, Percival, The results of Roentgen-therapy on brain tumors. (Surg. clin., Dr. G. Cushing, Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 1, S. 48—53.) **31**, 520.

Bregman, L. E., Zur Behandlung der Hirntumoren mit Röntgenstrahlen. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 2, S. 45—48.) (Polnisch.) **34**, 482.
Flatau, Edward, Sur la radiothérapie des tumeurs non opérées de la moëlle. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 1, Nr. 3, S. 311—321.) **32**, 329.
Guarini, C., La Röntgen-terapia dei tumori dell'encefalo. (Istit. foto-radio-terap., Napoli.) (Arch. di radiol Bd. 1, H. 4, S. 593—609.) **34**, 570.
Kaplan, Iva I., Roentgen-ray therapy in pituitary tumor. (Bellevue a. Beth Israel hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 4, S. 268—269.) *
Lévy, Gabrielle, Radiothérapie et radiodiagnostic des tumeurs de l'encéphale. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 2, Nr. 5, S. 550—576.) **34**, 482.
Meo-Colombo, Isabella, Le modificazioni del sangue nella radioterapia della tiroide e dell'ipofisi. (Istit. di clin. med., univ., Roma.) (Policlinico, sez. med. Jg. **32**. H. 7, S. 337—355.) *
Petrén, K., and E. Laurin, Diagnosis of spinal tumors with especial consideration of Roentgen-ray treatment of tumors and of syringomyelia. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 1, S. 1—6.) **33**, 651.
Roussy, Gustave, A propos du traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (Folia neuropathol. estoniana Bd. 3/4, S. 402—408.) **31**, 814.
Schaeffer, H., De la radiothérapie des tumeurs médullaires. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 98, S. 1620—1622.) **34**, 570.
Towne, E. B., Roentgen-ray treatment of tumors of the brain. (Dep. of surg., Stanford univ. med. school, San Francisco.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 24, S. 1813—1815.) **34**, 416.
Villard, H., Traitement des tumeurs de l'hypophyse par radiothérapie profonde. (Arch. d'ophth. Bd. **42**, Nr. 3, S. 146—161.) **32**, 574.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen von Kopf, Mundhöhle.

Bloodgood, J. C., Excision of a V-shaped piece of the lower lip versus Roentgen-ray or radium treatment. (Radiology Bd. 4, Nr. 1, S. 60—62.) **32**, 404.
Cottenot, Paul, A propos d'un cas d'ostéosarcome multiple du crâne et de la face. Présentation de radiographies prises avant et après Roentgenthérapie. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 116, S. 48.) *
Forschner, L., und E. Regnier, Die Röntgentherapie des Othämatoms. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Strahlentherapie Bd. **21**, H. 1, S. 91—95.) *
García Donato, J., and V. García Donato, Röntgenbehandlung des Krebses der Mundhöhle. (Progr. de la clin Bd. **31**, Nr. 2, S. 145—151.) (Spanisch.) **31**, 518.
Klestadt, Walter, und Hans Martenstein, Die kombinierte, operative und radiologische Behandlung der Nasen-Nebenhöhlenkrebse. (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. u. f. Hautkrankh., Univ. Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 4, S. 626—684.) **33**, 573.
Pfahler, G. E., Roentgenotherapy in sarcoma of the orbit. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 2, S. 87—93.) **32**, 12.
Polgar, Ferenc, Die Nachbehandlung von Röntgenbestrahlungen in der Gesichtsgegend. (Gyógyászat Jg. **65**, H. 10, S. 220.) (Ungarisch.) **31**, 858.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen des Larynx.

González, Díaz, Röntgen- und Radiumbehandlung mit oder ohne Diathermo-Elektro-Koagulation des Krebses und anderer maligner und benigner Tumoren des Larynx. (Rev. española y americ. de laryngol., otol. y rinol. Jg. **16**, Nr. 1, S. 45—54. (Spanisch.) **33**, 35.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Schilddrüse und Thymus.

Allison, Robert, G., X-ray treatment of thyrotoxicosis. (Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 470—472.) **33**, 165.
Bérard, Léon, Ni radiothérapie, ni curiethérapie dans le goitre bénin. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 33, S. 537—538.) **32**, 699.
Borak, J., Die Röntgentherapie und die Organotherapie bei innersekretorischen Erkrankungen. I. Tl. Die Schilddrüse. (Allg. Krankenh., Wien.) (Strahlentherapie Bd. **20**, H. 2, S. 232—267.) **34**, 18.
Chizzola, Giuliano, Sulla prova di Goetsch nei riguardi della radioterapia del morbo di Flaiiani-Basedow. (Gabinetto di radiol; osp. civ., Udine.) (Arch. d. radiol. Bd. 1, H. 4, S. 645—651.) **34**, 227.

Christie, Arthur C., A comparison of the results of surgical and Roentgen-ray treatment of exophthalmic goiter. (Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 464—469.) **33**, 199.

Curschmann, Hans, Über die Umwandlung des Morbus Basedow in Myxödem nach der Röntgenbehandlung. (Med. Univ.-Klin., Rostock.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 35, S. 1453—1455.) **33**, 791.

Grier, G. W., Is irradiation a satisfactory treatment for substernal thyroid? (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **13**, Nr. 4, S. 327—330.) **32**, 496.

Gudzent, F., Strahlenbehandlung der Basedowschen Krankheit. (I. Med. Klin., Univ. Berlin.) (Rev. méd. de Hamburgo Jg. **6**, Nr. 3, S. 71—74.) (Spanisch.) **32**, 819.

Holfelder, Hans, Die strahlentherapeutische Reduktion drüsiger Organe. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 49, S. 1854—1856, Nr. 50, S. 1895—1899 u. Nr. 51, S. 1936—1938.) **34**, 226.

Jenkinson, Edward L., Thyroid disease. (Radiology Bd. **4**, Nr. 6, S. 453 bis 457.) **32**, 749.

Landham, Jackson W., Roentgenotherapy in hyperthyroidism. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 7, S. 506—511.) **34**, 136.

Meo-Colombo, Isabella, Le modificazioni del sangue nella radioterapia della tiroide e dell'ipofisi. (Istit. di clin. med., univ., Roma.) (Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 7, S. 337—355.) *

Milani, Eugenio, Alterazioni radiografiche e istologiche dello scheletro osseo per irradiazione sperimentale del timo. (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 1, S. 1—6.) **32**, 653.

Prusciano, F., La Röntgenterapia nella malattia di Basedow. (Risultati ottenuti in 29 soggetti.) (Istit. Röntgen-foto-elettroterap., Taranto.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 4, S. 633—638.) **34**, 569.

Prusík, B., und L. Volicer, Behandlung des Hyperthyreoidismus mit Röntgenstrahlen. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 35, S. 1249—1256.) (Tschechisch.) **33**, 791.

Ratera, J., und S. Ratera, Röntgenbehandlung der Basedowschen Krankheit. (Siglo méd. Bd. **76**, Nr. 3754, S. 493—496 u. Nr. 3755, S. 524—527.) (Spanisch.) **37**, 14.

Sgalitzer, Max, Indikationsstellung für die Art der Kropfbehandlung auf Grund der Röntgenuntersuchung. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 6, S. 219—221.) **31**, 275.

Valenti, Alessandro, Osservazioni sul decorso clinico del Basedow, secondario in seguito a trattamento roentgenterapico. (Istit. fototerapico, clin. dermosifilopat., univ., Firenze.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 6, S. 883—893.) **34**, 890.

Vignal, W., et C. David de Prades, La radiothérapie et l'électrothérapie dans le goitre exophtalmique. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 134—147.) **33**, 325.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Mamma.

Béclère, A., Note complémentaire sur la roentgenthérapie préventive post-opératoire du cancer du sein. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. **14**, Nr. 6, S. 328—336.) **33**, 33.

Béclère, M., Die postoperative Präventivröntgentherapie des Brustkrebses. (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 1, S. 62—83.) **31**, 280.

Brailovskij, B. S., Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Physikalische Grundlagen der Röntgentherapie der Tuberkulose. (Röntgenabt. d. Fak.-Klin., med. Inst. u. städt. Oktober-Krankenh., B. S. Brailovsky.) (Kijevskaja medicinskaja žisn Jg. **1**, Bd. 1, Nr. 2/3, S. 68—76.) (Russisch.) **36**, 358.

Brailowski, B., Die Behandlung der Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse mit Röntgenstrahlen. Die physikalischen Grundlagen der Röntgentherapie bei Tuberkulose. (2. russ. Röntgenkongr., 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, H. 3/4, S. 130—131.) (Russisch.) **35**, 355.

Chambacher, Ch., et W. Rieder, Contribution à l'étude du traitement du cancer du sein par la radiothérapie pénétrante. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 104, S. 1718 bis 1721.) **35**, 146.

Desjardins, Arthur U., Pleuropneumonitis following X-ray treatment, and diffuse metastasis to the lungs from cancer of the breast. (Sect. on radium ray therapy, Mayo clin., Rochester.) (Radiology Bd. **4**, Nr. 4, S. 265—272.) **33**, 368.

Desplats, Mes cent premiers cas de cancer traités par les radiations de courte longueur d'ondes. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 29. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 6, S. 390—397.) **34**, 892.

Evans, William A., and T. Leucutia, Deep Roentgen-ray therapy of mammary carcinoma. (Americ journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 2, S. 135 bis 148.) **33**, 792.

Evans, Wm. A., and T. Leucutia, The value of postoperative irradiation in mammary carcinoma. (Harper hosp., Detroit.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 5, S. 415—419.) **32**, 330.

Gherardi, Bruno, Neoplasie toraciche (in special modo carcinoma delle mammella) e problemi tecnici nella loro radium-röntgen-terapia profonda intensiva. (Actinoterapia Bd. 4, H. 7, S. 257—358.) **31**, 518.

Holfelder, Der gegenwärtige Stand der Strahlenbehandlung des Brustkrebses. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 213—216 u. Nr. 7, S. 255—258.) **31**, 664.

Hotz, G., Röntgenbestrahlung des Mammacarcinoms. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 521—524.) **33**, 33.

Lee, Burton J., and Ralph E. Herendeen, An evaluation of pre-operative and post-operative radiation in the treatment of mammary carcinoma. A preliminary report. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 404—412.) **34**, 416.

Levin, I., The proper co-ordination between surgery, radium, and X-ray therapy in cancer of the breast. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 31.) **36**, 809.

McCullough, John F., Results of radiological treatment of carcinoma of the breast. (Radiology Bd. 4, Nr. 5, S. 395—406.) **33**, 33.

Pfahler, G. E., and B. P. Widmann, Statistical study of radiation therapy in eight hundred and one cases of carcinoma of the breast. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 6, S. 550—562.) **34**, 891.

Pidone, M., Alterazioni del tessuto cellulo-adiposo perimammario postume a irradiazioni Röntgen. (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 5, S. 738—740.) **34**, 892.

Pilger, W., Cancer of the breast. Deep X-ray treatment. (X-ray dep., city of Dublin skin a. cancer hosp., Dublin.) (Journ. of cancer Bd. 2, Nr. 8, S. 1—9.) **33**, 792.

Portmann, U. V., The rôle of radiation in the treatment of cancer of the breast. (Radiology Bd. 5, Nr. 4, S. 286—305.) **36**, 618.

Roffo, A. H., und G. Moner, Über Radiotherapie eines geheilten Mammacarcinoms. (Inst. di méd. exp., Buenos Aires.) (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 10, S. 335 bis 339.) (Spanisch.) *

Rothbart, László, Mit Röntgen behandeltes juveniles Sarkom durch fünf Jahre beobachtet. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 35, S. 802—803.) (Ungarisch.) **33**, 166.

Soiland, A., The treatment of cancer of the breast from the viewpoint of a radiologist. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 47.) **36**, 809.

Soiland, A., The cancer problem of the female breast. An analysis based upon twenty-five years' personal experience with radiation therapy. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 53.) **36**, 809.

Soiland, Albert, The cancer problem of the female breast. An analysis based upon 25 years personal experience with radiation therapy. (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 391—396.) **33**, 644.

Strobell, C. W., The rôle of X-rays in the Strobell chemical operation for cancer of breast. (Americ. journ. of electrotherapeut. a radiol. Bd. 43, Nr. 3, S. 88 bis 92.) **32**, 330.

Swanberg, Harold, Recurrent carcinoma of breast, with Roentgen-ray fibrosis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 14, S. 1059—1060.) **33**, 508.

Tománek, Ferd., Prophylaktische Bestrahlung des Mammacarcinoms. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 50, S. 1789—1793.) (Tschechisch.) **34**, 136.

Westman, Axel, Morphologische Blutveränderungen nach radiologischer Behandlung von Uterus- und Mammacarcinom. (Acta radiol. Bd. 4, H. 3, S. 220 bis 280.) **34**, 137.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen von Lungen und Mittelfell.

Evans, William A., and Traian Leucutia, Deep Roentgen-ray exposure as an aid in the differential diagnosis of mediastinal tumors. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 16, S. 1215—1219.) **34**, 222.

Stern, Samuel, The treatment of lung and mediastinal neoplasms by high voltage Roentgen therapy. (Mount Sinai hosp., New York.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 8—14.) **33**, 791.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen von Oesophagus, Magen, Darm, Pankreas, Milz.

Bensaude, R., I. Solomon et P. Oury, Le traitement radiothérapeutique des affections gastriques non néoplasiques. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 50, S. 841—843.) *

Bowing, Harry H., Significant cellular changes observed in irradiated tissue, especially of cancer of the rectum. (Sect. on radium a. X-ray therapy, Mayo clin., Rochester, Minn.) (Radiology Bd. 4, Nr. 5, S. 378—383.) **32**, 820.

Chuiton, Le Couteur et Kergrohen, Application de la curiethérapie et de la radiothérapie dans cinq cas de cancer de l'œsophage. (Arch. d'électr. méd. Jg. **33**, Nr. 508, S. 34—38.) **33**, 167.

Fernandez Martinez, Fidel, Die Röntgentherapie des Magenkrebses. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 13, S. 461—467.) (Spanisch.) **33**, 792.

Fernandez Martinez, Fidel, Die radiotherapeutische Behandlung des Magenkrebses. (Med. ibera Bd. **2**, Nr. 422, S. 541—546.) (Spanisch.) *

Greene, D. Crosby, Results of treatment of carcinoma of the esophagus by the combined use of radium emanations and the deep Roentgen ray. Report of sixteen patients treated at the Massachusetts general hospital and the Huntington memorial hospital. (Arch. of otolaryngol. Bd. **1**, Nr. 1, S. 51—57.) **32**, 575.

Jacod, Maurice, Indications et contre-indications de la curie et de la roentgenthérapie dans le cancer œsophagien. (A propos de trente-six cas.) Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 13, S. 444—451.) **33**, 167.

Joly, Marcel, Radiothérapie du cancer du rectum. (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 40, S. 1447 bis 1449; Arch. d'électr. méd. Jg. **33**, Nr. 511, S. 161—165.) **33**, 421. **34**, 684.

Joly, Marcel, Radiothérapie du cancer du rectum. (Congr. de l'assoc. franç. p. l'avancement des sciences, Grenoble, 27. au 28. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 5, S. 355—363.) **35**, 801.

Jones, Thomas E., Radiation treatment of cancer of the rectum. (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 306—311.) **34**, 64.

Kottmaier, Jean, Die Heilwirkung der Röntgenstrahlen beim Ulcus pepticum. (Strahlentherapeut. Inst. Dr. Hoffmaier, Mainz.) (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. **30**, H. 6, S. 249—260.) **34**, 136.

Lenk, Robert, Die Röntgentherapie der Ulcuskrankheit. (Allg. Krankenh., Wien.) Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 16, S. 583—586.) **32**, 699.

Lenk, Robert, Ulcustherapie, erprobt an Nischenulcera. (Allg. Krankenh., Wien.) (Strahlentherapie Bd. **20**, H. 1, S. 103—107.) **33**, 32.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der Harnorgane.

Discussion on radio-therapy and x-ray therapy in diseases of the bladder and prostate. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 8, sect. of urol., 29. I. 1925, S. 15 bis 34.) **33**, 509.

Michailoffski, R., Die Röntgentherapie der Blasentuberkulose. (2. russ. Röntgenkongr., 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. **3**, H. 3/4, S. 130.) **35**, 218.

Sahler, Josef, Röntgenbestrahlung bei Anurie und Oligurie. Ein kasuistischer Beitrag. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 50, S. 1330 bis 1333.) **35**, 883.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der männlichen Geschlechtsorgane.

Bumpus jr., Hermon C., Radium and Roentgen ray in the treatment of sarcoma of the prostate. (Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 519 bis 538.) **35**, 884.

Dean jr., Archie L., The treatment of teratoid tumors of the testis with radium and the x-ray. (Dep. of urol., mem. hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 2, S. 149—174.) **32**, 498.

Discussion on radio-therapy and x-ray therapy in diseases of the bladder and prostate. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 8, sect. of urol., 29. I. 1925, S. 15 bis 34.) **33**, 509.

Holfelder, Hans, Die strahlentherapeutische Reduktion drüsiger Organe. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 49, S. 1854—1856, Nr. 50, S. 1895—1899 u. Nr. 51, S. 1936—1938.) **34**, 226.

Krabbel, Max, Zur Röntgenbehandlung der Prostatahypertrophie. (Krankenh. Aachen-Forst.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 2, S. 266—270.) **32**, 497.

Navarro Cánovas, B., Die Röntgentherapie der Prostatahypertrophie. (Siglo méd. Bd. **75**, Nr. 3727, S. 500—501.) (Spanisch.) **33**, 508.

Nemenow, M., Über Seminome und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. (Staatsinst. f. Röntgenol. u. Radiol., Leningrad.) (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 4, S. 679 bis 689.) **33**, 510.

Nuvoli, U., Cura delle epididimiti tubercolari con le radiazioni secondarie. (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 4, S. 180—190.) 33, 506.

Sala Parés, Carlos, und Mariano Pañella Casas, Die Röntgentiefentherapie bei Prostatahypertrophie. (Rev. española de urol. y de dermatol. Jg. 27, Nr. 316, S. 169—179.) (Spanisch.) 33, 508.

Ullmann, H. J., Metastatic testicular carcinoma involving the abdominal mediastinal and supra-clavicular glands treated by X-ray. Report of a case well twenty months after treatment. (Santa Barbara cottage hosp., Santa Barbara.) (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 12, S. 1579—1580.) 35, 884.

Röntgenbehandlung der Geschwülste und Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Costolow, William E., Radiation treatment of bone tumors. (Soiland radiol. clin. Los Angeles.) Radiology Bd. 5, Nr. 1, S. 37—43.) 33, 35.

Delporte, F., Le traitement radiochirurgical des épithéliomas de la vulve. (Cancer Jg. 2, Nr. 2, S. 61—75.) *

Fried, C., Röntgenbehandlung entzündlicher Beckenerkrankungen in der Gynäkologie. (Städt. Krankenh., Worms a. Rh.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 4, S. 649 bis 668.) 32, 400.

Gerlach, Werner, Zur Frage der generalisierten Ostitis fibrosa (unter besonderer Berücksichtigung der Wirkung intensiver Röntgenbestrahlung). (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 461—472.) 31, 520.

Schmitz, Henry, The treatment of tuberculosis of the female genitalia with light and X-rays. (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 283—287.) 33, 370.

Schoch, Otto Erhard, Eosinophilie in Probeexcisionen, ein prognostisch günstiges Zeichen für die Strahlenbehandlung der Portiocarcinome. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 10, S. 380—381.) *

Spinelli, Mameli, L'actinoterapia nei miofibromi uterini. (Napoli: Vittorio Idelson 1925. VIII, 485 S. L. 50.—.) 34, 685.

Westman, Axel, Morphologische Blutveränderungen nach radiologischer Behandlung von Uterus- und Mammacarcinom. (Acta radiol. Bd. 4, H. 3, S. 220—280.) 34, 137.

Werner, P., Über das Auftreten von bösartigen Neubildungen an den weiblichen Genitalien nach Röntgentiefentherapie. (II. Univ.-Frauenklin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 15, S. 403—405.) 33, 265.

Verschiedenes.

Appelrath, Hans, Zur Strahlentherapie der chronischen Arthritiden. (Städt. Krankenh., Mainz.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 4, S. 669—678.) 33, 572.

Arzt, L., und H. Fuhs, Röntgen-Hauttherapie. Ein Leitfaden für Ärzte und Studierende. (Wien u. Berlin: Julius Springer 1925. VI, 156 S. RM. 9.60.) 33, 88.

Bauer, Friedrich, Röntgenbestrahlung von Entzündungen. (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 16, S. 646—648.) 33, 31.

Cramer, H., und H. Kalkbrenner, Zur Therapie der Entzündungen mit Röntgenstrahlen. (I. med. Klin., Charité, Univ. Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 21, S. 1019—1022.) 32, 401.

Cushway, B. C., Practical application of radiation therapy in conjunction with surgery. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4 S. 264—269.) 33, 790.

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. (Röntgendiagnostik, Röntgen-, Radium- und Lichttherapie.) Hrsg. v. H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling und H. Martius. Bd. 1. (Leipzig: Georg Thieme 1925. VI, 748 S. u. 3 Taf. RM. 45.—.) 32, 443.

Flecker, H., and Gordon Cameron, A note on alteration in blood sugar values after intensive deep Röntgen irradiation. (Pathol. dep., univ., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 19, S. 478—480.) 34, 823.

Fried, C., Bactericidie nach Röntgenbestrahlung. (Städt. Krankenh., Worms a. Rh.) (Strahlentherapie Bd. 21, H. 1, S. 56—72.) 33, 868.

Fritsch, Hans, Röntgentherapeutische Merkblätter für den praktischen Arzt. (Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1925. 35 S. RM. 0.84.) 30, 808.

Hodges, Fred M., Roentgen ray in treatment of local inflammations, cellulitis and carbuncles. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 17. S. 1292—1294.) 34, 413.

Holzknecht, Guido, Die Behandlung spontaner, posttraumatischer und postoperativer Entzündungen mit Röntgenstrahlen. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 12, S. 751 bis 755 u. dtsch. Zusammenfassung S. 755—756.) (Kroatisch.) 35, 685.

Kaess, F. W., Röntgenbestrahlung bei postoperativer Pneumonie. (Akad. chir. Klin. Düsseldorf.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 509 515.) **32**, 750.

Korchow, I., Zur Bedeutung der Röntgenstrahlen bei der Behandlung von Entzündungen. (Chir. Fak.-Klin. d. Med. Hochsch. Charkow, Prof. Trinkler †.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1271—1277.) (Russisch.) **35**, 727.

McCafferty, Lawrence K., and C. Lee McCarthy, The X-ray treatment of callositas and verruca plantaris with some remarks on the pathogenesis of these lesions. (Dep. of dermatol. a. roentgenol., policlin. med. school a. hosp., New York.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 883—893.) *

Mino, Prospero, I raggi Röntgen nel trattamento di manifestazioni emorragiche. (Istit. di clin. med. gen., univ., Torino.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 2, S. 64—78.) **32**, 10.

Nielsen, Ejnar, Ein Fall von mit Röntgenstrahlen untersuchtem und behandeltem Papilloma psammosum peritonei. (Röntgenklin., Bispebjerg hosp., Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 8, S. 193—194.) (Dänisch.) **31**, 592.

Pfender, Charles A., Roentgen treatment of chronic spondylitis deformans (chronic sacroiliac lumbalgia or chronic vertebral rheumatism). (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 551—558.) **32**, 818.

Philips, Herman B., and Isidor S. Tunick, Roentgen-ray therapy of thromboangiitis obliterans. Prelim. report. (Dep. of roentgenol. a. surg., hosp. f. joint dis., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 20, S. 1469 bis 1472.) **32**, 330.

Pordes, Fritz, Über die Notwendigkeit und den Zeitpunkt der chirurgischen Therapie bei röntgenbestrahlten Entzündungen. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 18, S. 487.) **32**, 10.

Rütz, A., Klinisches und Histologisches nach Röntgenbestrahlung von subakuten und chronischen Schweißdrüsenabscessen der Achselhöhle. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 35, S. 1299—1301.) **33**, 31.

Solomon, Bisson et Gibert, Le traitement roentgenthérapique de la maladie de Dupuytren. (Congr. de l'assoc. franç. pour l'avancement des sciences, Grenoble, 29. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 6, S. 381—383.) **34**, 890.

Staunig, K., Über Röntgentherapie der Arthritis deformans. (Zentral-Röntgeninst., Univ. Innsbruck.) (Strahlentherapie Bd. 20, H. 1, S. 113—114.) **33**, 32.

Zabludovsky, A., L. Nissnjevič, und S. Frenkel, Über den Einfluß der Röntgenstrahlen auf entzündliche Vorgänge. (Univ.-Inst. f. Krebsforsch., Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 343—353.) (Russisch.) **36**, 254.

Röntgenbehandlung der Tuberkulose. Allgemeines.

Altschul, Walter, Die Röntgenbehandlung der Tuberkulose. (Dtsch. chir. Klin., Prag.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 3, S. 505—515.) **32**, 699.

Brailovskij, B. S., Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Physikalische Grundlagen der Röntgentherapie der Tuberkulose. (Röntgenabt. d. Fak.-Klin., med. Inst. u. städt. Oktober-Krankenh., B. S. Brailovsky.) (Kijevskaja medicinskaja žisn Jg. 1, Bd. 1, Nr. 2/3, S. 68—76.) (Russisch.) **36**, 358.

Cushway, B. C., Practical application of radiation therapy in conjunction with surgery. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 264—269.) **33**, 790.

Friedland, M. O., Zur Frage über den Einfluß der Strahlenenergie auf das Wachstum der Tuberkelbacillen in vitro. (Orthop. Klin., Fortbildungsinst. f. Ärzte, Kasan.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 4, S. 361—372.) (Russisch.) *

Groedel, F. M., und Heinz Lossen, Gefahren bei der Röntgenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen. (88. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, dtsch. Röntgen-Ges., Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 32, Kongreßh. 2, S. 32—33.) **31**, 279.

Pordes, Fritz, Die Röntgentherapie der sogenannten chirurgischen Tuberkulose. (Allg. Krankenh., Wien.) (Extrapulmonale Tuberkul.) (Sonderbeil. z. Med. Klinik Jg. 1, H. 1, S. 15—20.) **32**, 11.

Röntgenbehandlung der Tuberkulose der Haut, Schleimhaut und Lymphdrüsen.

Amundsen, P., Roentgen treatment of glandular tuberculosis. (Roentgen clin., drs. S. Heyerdahl a. P. Amundsen, Oslo.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 340—345.) **33**, 421.

Cushway, B. C., Practical application of radiation therapie in conjunction with surgery. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 264—269.) **33**, 790.

Edling, Lars, The Roentgen treatment of surgical tuberculosis. (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 397—456.) **34**, 135.

Groedel, F. M., und Heinz Lossen, Gefahren bei der Röntgenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen. (88. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, dtsch. Röntgen-Ges., Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **32**, Kongreßh. 2, S. 32—33.) **31**, 279.

Holfelder, Hans, Die strahlentherapeutische Reduktion drüsiger Organe. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 49, S. 1854—1856, Nr. 50, S. 1895—1899 u. Nr. 51, S. 1936—1938.) **34**, 226.

Knipfer, Alessandro, Saggio di esiti lontani (da 6 a 13 anni) nella radioterapia delle adeniti tubercolari. (XVI osservazioni.) (Gabin. di röntgenol., Villa Augusto Murri, Bologna.) (Bull. d. scienze med., Bolonga Bd. **8**, Sept.-Okt.-H., S. 294—306.) **34**, 684.

Korchoff, I. P., Die Röntgenbehandlung der Lymphdrüsentuberkulose und die damit verbundenen Blutveränderungen. (Chir. Fak.-Klin., Med. Hochschule. Charkow, Prof. Trinkler.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. **7**, H. 1, Nr. 25, S. 15—21.) (Russisch.) **32**, 654.

Korchov, I., und K. Hess-de-Kalvé, Veränderungen des Blutbildes und der Blutfermente bei Röntgenbestrahlung tuberkulöser Lymphdrüsen. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 159—161.) (Russisch.) **37**, 725.

Myerson, M. C., Case report: Peculiar condition of the upper respiratory tract following X-ray treatment of cervical adenitis. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 703—705.) **34**, 822.

Piccinio, Guido, La Röntgenterapia dei linfomi tubercolari. (Soc. napoletana di chir., Napoli, 4. VII. 1925.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 4, S. 673—676.) **34**, 569.

Reyn, Axel, Röntgen- und Lichtbehandlung tuberkulöser Lymphome. (Klin. f. Hautkrankh. Finsens med. Lichtinst., Kopenhagen.) (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 2, S. 261—284.) **31**, 517.

Reyn, Axel, Roentgen and light treatment of tuberculous glands. (Acta radiol. Bd. **3**, H. 6, S. 455—485.) **31**, 813.

Runström, Gösta, Experiences of the final results in Roentgen treatment of tuberculous lymphomata. (Röntgendep. Seraphimer hosp., Stockholm.) (Acta radiol. Bd. **3**, H. 6, S. 486—491.) **31**, 592.

Smith, Morris K., and J. Gardner Hopkins, Radiotherapy in the treatment of tuberculous cervical adenitis. (Dep. of surg. a. radiotherapy, St. Luke's hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 4, S. 262—264.) **33**, 324.

Stratil, Ig., Röntgentherapie tuberkulöser Peritonitis. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 40, S. 1444—1451 u. Nr. 41, S. 1486—1490.) (Tschechisch.) **34**, 135.

Röntgenbehandlung der Tuberkulose der Knochen und Gelenke.

Groedel, F. M., und Heinz Lossen, Gefahren bei der Röntgenbehandlung chirurgischer Tuberkulosen. (88. Vers. d. Ges. dtsch. Naturforscher u. Ärzte, dtsch. Röntgen-Ges., Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **32**. Kongreßh. 2, S. 32—33.) **31**, 279.

Heuser, Carlos, Röntgentiefentherapie in zwei Fällen tuberkulöser Coxitis. (Semana méd. J. **32**, Nr. 14, S. 763—769.) (Spanisch.) **32**, 83.

Kovács, József, Radiotherapie der chirurgischen Tuberkulose. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 145—149.) (Ungarisch.) **33**, 506.

Leone, Pietro, L'elioterapia nella tuberculosi chirurgica sperimentale. (Istit. di clin. chir., univ., Palermo.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 20, S. 460—462.) **35**, 145.

Sazepin, T., Zur Frage der kombinierten Behandlung der Tuberkulose der Beckenknochen mittels Röntgen und Jod nach Hotz. (Orthop. Abt., Reichsinst. f. Physiatrie u. Orthop., Kommissariat f. Volksgesundheit, Chef: S. Duchowskoi.) (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 1/2, S. 47—48.) (Russisch.) **34**, 466.

Southard, J. D., X-ray treatment of bone tuberculosis. (Radiology Bd. **5**, Nr. 1, S. 34—36.) **34**, 628.

Lichtbehandlung. Künstliche Höhensonne.

Übersichtsreferat.

Von

Erich Schempp, Tübingen.

Natürliches Licht. Leotta berichtet über einen günstig ausgegangenen Versuch des Höhlenverschlusses beim chronischen fistelnden Empyem: Er behandelte die Fistel

so lange mit Sonnenbestrahlung, bis mehrfache Abimpfung ergab, daß das Sekret steril geworden war, und schloß dann die Fistel durch einfache Excision und Naht. Offenbar wollte er damit das amerikanische Verfahren der Resthöhlensterilisierung durch Spülung mit Dakin-Carrel-Lösung imitieren. Unklar ist, wie die in der Tiefe liegende Resthöhle durch Bestrahlung der äußeren Fistel sterilisiert werden soll. Ob der Erfolg von längerer Dauer war, wird nicht berichtet.

Oeconomos hat eine große Zahl Patienten, die an den Folgen einer Verbrennung litten, der Sonnenbestrahlung ausgesetzt. Die Behandlung der 500 Patienten, über die er berichtet, soll äußerst günstige Resultate ergeben haben; es lagen Verbrennungen aller Grade vor. Auch torpide Geschwüre anderer Herkunft reagierten sehr günstig.

Aleixandre, ebenso Becker berichten über Versuche, Carcinome mittels Sonnenbestrahlung (das Licht wurde durch Linsen konzentriert) zur Heilung zu bringen. Beide sprechen sich optimistisch aus. Über länger dauernde Heilung wird nicht berichtet; Blumenthal, der die Beckerschen Fälle mit beobachtet hat, äußert sich nicht gerade sehr günstig über diese Behandlungsart: Die carcinomatösen Geschwüre reinigten sich zwar, der Effekt soll in dieser Hinsicht dem bei Röntgen-Radiumbehandlung gesehenen manchmal ähnlich gewesen sein. Doch war die Behandlung sehr schmerzhaft und der nur teilweise Erfolg ganz vorübergehend. Wir vermuten, daß das Glüheisen gerade so guten oder besseren Erfolg gezeitigt hätte.

Daß man zur Behandlung der chirurgischen Tuberkulose nicht unbedingt die Sonne des Hochgebirges braucht, zeigt Kisch aufs neue in einem Bericht über die in Hohenlychen in der Mark erzielten sehr günstigen Heilerfolge.

Künstliche Lichtquellen. Toti hat eine Apparatur konstruiert, in der Bogenlicht zwischen Metallelektroden erzeugt und in Linsen konzentriert wird, um dann durch Spiegel auf das zu bestrahlende Feld reflektiert zu werden. Die Strahlenintensität soll, da neben ultraviolettem auch längerwelliges Licht wirksam wird, sehr groß sein; so bekommt man ein Erythem schon nach einer Bestrahlungsdauer von 1 Min.

Die bekannte Picardsche Bestrahlungskammer wurde von ihrem Konstrukteur noch weiter vervollkommnet: Sie ist in Form eines Ellipsoides gebaut, die Wände sind mit hochglanzpoliertem Aluminium ausgekleidet, in den beiden Brennpunkten des Ellipsoides sind die Strahlenquellen angebracht. Da die Inhalation der durch Bestrahlung ionisierten Luft nach Picard wesentlich beim Bestrahlungserfolg mitwirkt und die Strahlungsausnutzung vermöge der Kammerkonstruktion denkbar gut ist, soll die Wirkung der Strahlung den achtfachen Wert gegenüber der offen brennenden Lampe besitzen. Die Erfolge bei chirurgischen Tuberkulosen, Rachitis, chronischer Osteomyelitis werden als sehr gut bezeichnet.

Ein neuer Vorschlag zur Verwendung der ultravioletten Strahlung bei Operationen stammt von Casati. Unter Ausnutzung der bactericiden Wirkung der Strahlung sterilisiert dieser Autor Operationsfeld und Hände durch eine 8 Min. dauernde Bestrahlung mit der Landeker-Lampe; auf dieselbe Weise will er auch Instrumente und Nahtmaterial sterilisieren und behauptet, beobachtet zu haben, wie Eiter aus einer Operationswunde während der Operation steril wurde. Die bisher gebräuchlichen sicheren, einfachen und bewährten Methoden wird Casati durch sein neues Sterilisierungsverfahren kaum verdrängen können.

Rudnitzky hat einen neuen Vorschlag zur Erklärung der biologischen Ultraviolettstrahlenwirkung bei chirurgischen Tuberkulosen gemacht. Das Primäre der Wirkung soll in einer Reizung der Vasomotoren zu suchen sein, die auf dem Weg der sympathischen Bahnen nach Art der Headschen Zonen eine reflektorische Hyperämie erzeugen soll — eine Hypothese, die in mehr als einem Punkt noch zu stützen wäre. Pattison hingegen sieht die Wirkung der Ultraviolettbestrahlung in einer Steigerung der bactericiden Kraft des Blutes und im Freiwerden von Vitaminen. Kräftige Pigment-

bildung ist nach seiner Erfahrung, die der heute herrschenden Ansicht entgegensteht, durchaus nicht als Zeichen besonders hoher Widerstandsfähigkeit anzusehen.

Die Dosierung der Quarzlichtbestrahlung in der Praxis macht immer noch erhebliche Schwierigkeiten. Rausch hält die Kellersche Methode wegen der individuellen Reaktionsverschiedenheiten nicht für anwendbar und macht deshalb eine Probebestrahlung bei jedem einzelnen Patienten. Zu diesem Zweck bestrahlt er 6 kleine, in einem Bleistreifen ausgesparte Felder mit den Bestrahlungszeiten 1—6 Min. und liest nach 24 Stunden den Grad des erhaltenen Erythems ab.

Um die Quarzlichtbehandlung der Rachitis wirkungsvoller zu gestalten, hat Pilling eine Eosinsensibilisierung vor der Bestrahlung durchgeführt. Er gab am Tage vor der beabsichtigten Bestrahlung 0,1 g Eosin in 10 Wasser (nach György und Gottlieb). Es wird über 24 so behandelte Fälle berichtet, die sämtlich günstig verliefen. Eine Schädigung wurde nicht beobachtet.

In der Behandlung chirurgischer Tuberkulosen sind mit künstlichem Licht schöne Erfolge erzielt worden. Kasakevic hat Quarz-Allgemeinbestrahlungen angewendet und besonders bei Tuberkulose-Knochenfisteln und Drüsentuberkulosen gute Resultate gehabt. Kräftige Pigmentbildung soll dabei prognostisch günstig sein. Im Gegensatz dazu enttäuschte die Behandlung rheumatischer und gichtischer Leiden sowie die Bestrahlung chronischer Osteomyelitis. Plotnikoff betont als besonders schätzenswert die schmerzlindernde Komponente der Quarzlichtbehandlung. Kombination mit Röntgenstrahlen hält er für zweckmäßig. Bei 65 Fällen tuberkulöser Arthritiden hatte er in 29% einen sehr guten, in 51% einen befriedigenden Erfolg. In 20% der Fälle sah er keine Besserung. Von 35 Spondylitiden reagierten 40 mit Besserung. Besonders gut schnitt die exsudative Peritonitis ab. Auch Garcia Donato sah einen Fall von tuberkulöser Peritonitis, der im Tiefland vergeblich mit Sonnenbestrahlungen behandelt worden war, auf Quarzlichtbestrahlung rasch zur Heilung kommen.

Molcanova verwendet eine Kombination von Sonnen- mit Quarzlichtbestrahlung, in geeigneten Fällen macht er auch Jod-Jodoforminjektionen. Er verfügt über 123 so behandelte Fälle, auch er hatte die besten Erfolge bei exsudativer Peritonitis, dann bei Drüsentuberkulosen. Unter den Knochengelenkerkrankungen reagierten gut die Tuberkulosen der kleinen Knochen und Gelenke, während er bei Spondylitis, Coxitis und Gonitis enttäuscht war. Bonsdorffs Eindruck von der Behandlung der tuberkulösen Lymphome mit Quarz- und Metallfadenlichtbädern ist ein sehr guter. Reyn verfügt über ganz ausgedehnte Erfahrungen mit der Kohlenbogenlicht-Ganzbestrahlung chirurgischer Tuberkulosen; obgleich Anhänger einer gemischten Therapie (Licht, Röntgen, Operation) sogar bei der Behandlung der Lymphome, sieht er doch das Hauptagens bei der Behandlung in der Lichtwirkung. Seine Statistik gibt ihm recht: Er konnte Erfolge erzielen, die denen Rolliers nicht nachstehen. Nicht alle Lokalisationen der Tuberkulose verhalten sich allerdings gleich: Sehnenscheidenhydrome waren öfters refraktär, auch die fistelnden Coxitiden und Spondylitiden enttäuschten oft. Nicht selten wurde beim Kniegelenk trotz ausgiebigster Allgemeinbehandlung und trotz der Licht- und Röntgenbestrahlungen die Resektion nötig. Heyerdahl, der das Bogenlicht als erster systematisch anwandte, berichtet über 69 Fälle, von denen er bei 60 Besserung erzielen konnte.

Bei der Finsenbehandlung des Lupus erlebten Heiberg und Lomholt manchmal Rezidive. Sie konnten zeigen, daß alle diese Mißerfolge daher rührten, daß in den betreffenden Fällen die Lupusherde tief in die Cutis hineinreichten, also von den Strahlen nicht mehr erfaßt werden konnten. Solche Stellen sind daher zu excidieren.

In 5 Fällen von tuberkulöser Epididymitis und Orchitis konnten Augé und Alinat durch Ultraviolettbestrahlung operationslose Heilung erzielen. Bei der weiblichen Genitaltuberkulose verwendet Schmitz mit gutem Erfolg eine Kombination von Röntgen mit Kohlebogenlicht.

Die Erfolge bei sonstigen entzündlichen Erkrankungen sind verschieden. Tauber, ebenso Temesvary, haben bei der puerperalen Mastitis mit Lichtstrahlen den entzündlichen Prozeß zum Teil coupieren können. Die Strahlung wurde hierbei nur lokal appliziert. Bei chronischer Osteomyelitis erwies sich Kasakewič die Lichtbehandlung annähernd erfolglos, während hinwiederum Brünauer und auch Pčerovsky beim Erysipel außerordentliche Abkürzung der Krankheitsdauer erzielen konnten.

Im Gegensatz zu früheren Angaben berichtet McArthur, daß Ultraviolettbestrahlung bei der Behandlung des Röntgenulcus eher schadet als nützt. Von Wichtigkeit ist eine Beobachtung Mc Ginns: Er sah auf Ultraviolettbestrahlung im röntgenepilierten Gebiet die Haare rasch wieder wachsen.

Thomson schätzt das Quarzlicht bei der Behandlung von Frakturen, Arthritiden usw. wegen seiner in allen Stadien schmerzlindernden und anregenden Wirkung. Bei Verbrennungen soll es die Bildung besonders weicher Narben begünstigen.

Klatschkin sowie Livet, Bonnet-Lemaire und Roger haben in einer Anzahl von Fällen durch Ultraviolettlicht beim Basedow gute Erfolge erzielen können. Klatschkin erwähnt unter den beeinflußten Symptomen besonders Verringerung des Halsumfanges, Beruhigung, Nachlassen der Neigung zu Schweißen, Rückgang der Tachykardie.

Heliotherapie, Quecksilber-Quarzlicht (künstliche Höhensonne). Ultraviolettes Licht.

Armani, Lodovico, L'elioterapia artificiale nella colite spastica e nelle aderenze intestinali. (Osp. degli infermi, Biella.) (Raggi ultravioletti Jg. 1, Nr. 4, S. 114 bis 117.) **33, 36.**

Barnett, J. B., Sunshine and surgical tuberculosis. (Nat. orthop. hosp., Stanmore, Middlesex.) (Brit. journ. of tubercul. Bd. 19, Nr. 2, S. 82—85.) *

Bazy, Louis, Peut-on employer en chirurgie les rayons ultra-violets comme unique mode de stérilisation? (Clinique Jg. 20, Nr. 49, S. 289—293.) **34, 486.**

Bonsdorff, Artur v., Einige Beobachtungen über die Bedeutung universeller Lichtbäder, mit der Quarzlampe bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome. (Städt. Krankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 60—72.) **31, 280.**

Bruns, E. H., Heliotherapy in tuberculosis. (Milit. surgeon Bd. 57, Nr. 4, S. 382—391.) *

Eckstein, A., Über die Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 20, S. 953—959.) **33, 29.**

Ergebnisse der medizinischen Strahlenforschung. (Röntgendiagnostik, Röntgen-, Radium- und Lichttherapie.) Hrsg. v. H. Holfelder, H. Holthusen, O. Jüngling und H. Martius. Bd. 1. (Leipzig: Georg Thieme 1925. VI, 748 S. u. 3 Taf. RM. 45.—.) **32, 443.**

Frank, M. N., Ultraviolet ray treatment in sacroiliac disease. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 9, S. 469—471.) **34, 485.**

Kieß, Oskar, Erste vorläufige Mitteilung über eine kombinierte Quarzlampen-Goldbehandlung (Aurophos) des Lupus vulgaris. (Dermatol. Univ.-Klin. u. Poliklin., Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2013—2014.) **34, 628.**

Kisch, Eugen, Der gegenwärtige Stand der Lichtbehandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose in der Ebene. (Chir. Univ.-Klin., Berlin, u. Heilanst. f. Tuberkul. Hohenlychen.) (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik.] Jg. 1, H. 1, S. 20—35.) **31, 908.**

Livet, L., Bonnet-Lemaire et Roger, Traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultra-violets et les vibrations à basse fréquence. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 4, S. 148—150.) **33, 326.**

McArthur, L. L., Injurious influence of the use of the ultraviolet ray on old x-ray burns. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 97—98.) **32, 576.**

Macera, J. M., Ultraviolettstrahlen bei Kindern. (Clin. pediát y puericult., fac. de cienc. méd., Buenos Aires.) (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. 38, Nr. 239 240, S. 516—532.) (Spanisch.) *

Manfredi, Mario, Contributo al trattamento del rachitismo colla lampada di quarzo a vapori di mercurio. (Pio istit. rachitici e clin. ortop. e traumatol., univ., Milano.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 389—407.) **34, 760.**

Mannikov, N., Zur Frage der Quecksilber-Quarzlampenbehandlung. (Reichsinst. f. Physiatrie u. Orthop., Kommissariat f. Volksgesundheit, Moskau, Chef: Prof. Wermel.) (Kliničeskaja medicina Jg. 6, Bd. 3, Nr. 1/2, S. 36—39.) (Russisch.) 34, 486.
Masmonteil, Fernand, Du rôle des rayons ultra-violets en chirurgie. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 100, S. 1652—1653.) 35, 147.
Masslov, I., Heliotherapie der chirurgischen Tuberkulose. (Verhandl. d. 1. Chir. Kongr. d. linksseit. Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 143—149.) (Russisch.) *
Meyer, P. S., Über Schutzmittel gegen Ultraviolettlicht und Röntgenstrahlen. (Zeitschr. f. d. ges. physikal. Therapie Bd. 30, H. 6, S. 261—270.) 34, 290.
Molčanowa, W. A., Phototherapie bei chirurgischer Tuberkulose (Heliotherapie und Quarzlampe). (Klin. f. chir. Tuberkul., Leningrad, Doz. P. G. Kornew.) (Voprosy chirurgičeskago tuberkuleza, S. 82—96.) (Russisch.) 33, 645.
Muller, Herman, Les rayons ultra-violets et le rachitisme. (Rev. d'hyg. Bd. 47, Nr. 9, S. 827—847.) 34, 351.
Œconomos, Contribution à l'héliothérapie des brûlures. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 207—216.) 33, 408.
Přerovsky, Karel, Über die Behandlung des Erysipels mittels Ultraviolettbestrahlung. (Int. Klin., Prof. Dr. Kristiána Hynka, Bratislave.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 6, S. 231—235.) (Tschechisch.) 32, 499.
Reyn, Axel, Roentgen and light treatment of tuberculous glands. (Acta radiol. Bd. 3, H. 6, S. 455—485.) 31, 813.
Reyn, Axel, Edward Collin, and C. E. Cristensen, General light-bath treatment, its technique, dosage and armamentarium. Reyn, Axel, and Edw. Collin: I. Technique and dosage. (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 289—312.) 34, 140.
Reyn, Axel, Edward Collin, and C. E. Christensen, General light-bath treatment, its technique, dosage and armamentarium. II. The plant and equipment for general light-bath treatment by means of carbon arc lamps. (Finsen phototherapeut. inst., dep. f. skin dis, Copenhagen.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 5, S. 457 bis 479.) 34, 230.
Rowe, Allan Winter, and Reginald Stuart Hunt, The metabolism in arthritis. I. The influence of the high frequency current on certain phases of general metabolism. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 161—179.) 31, 521.
Saidman, Jean, Le traitement de la péritonite tuberculeuse par les rayons ultraviolets. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 43, S. 693—696.) 35, 15.
Schmitz, Henry, The treatment of tuberculosis of the female genitalia with light and X-rays. (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 283—287.) 33, 370.
Sevier, Charles, E. Heliotherapy, with especial reference to spinal tuberculosis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 11, S. 791—794.) 34, 140.
Trabscha, O. F., Heliotherapieverhältnisse im Solnzedar vom Dezember 1923 bis Dezember 1924. (Trudy Kubansko-Cernomorskogo tuberkulezuogo instituta Krasnodar Bd. 3, H. 3/4, S. 167—174.) (Russisch.) *
Wessely, E., Eine neue Methode bei Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege mittels lokal applizierten künstlichen Lichts. (Laryngol. Klin., Univ. Wien.) (Strahlentherapie Bd, 19, H. 6, S. 1079.) *
Zalewski, M., De quelques applications des rayons ultra-violets en chirurgie. (Clinique Jg. 20, Nr. 53, S. 368—371.) 35, 538.

Diathermie, Elektrotherapie.

Übersichtsreferat.

Von

Erich Schempp, Tübingen.

Allgemeindiathermie. Vinaj hat die Wirkung der Diathermie auf die Zusammensetzung des Blutes einer Untersuchung unterzogen. Diathermie der Milzgegend machte eine Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen und Vermehrung des Hämoglobingehaltes, auffallenderweise fand Vinaj den Färbeindex vermindert. Auf die Muskeltätigkeit soll die Diathermie funktionell regenerierend wirken; wenigstens sprachen die vor und nach Diathermie aufgenommenen Ergogramme für eine solche Auffassung. Vinaj schließt daraus auf einen nivellierenden Einfluß der Diathermie auf die organi-

schen Funktionen überhaupt: übermäßige Funktionen sollen gehemmt, daniederliegende gehoben werden.

Das Verhalten des Blutdruckes studierten Schott und Schlumman an einer größeren Reihe von Fällen. Bei im allgemeinen frequenterem Puls fanden sie in 57% ihrer Fälle eine nicht unbeträchtliche Blutdrucksenkung, nur in 14% eine Steigerung, in den übrigen Fällen war der Blutdruck gleich oder nur ganz unwesentlich erhöht oder erniedrigt. Diese Wirkungen der Diathermie waren aber nur vorübergehender Art.

Wie Kowarschik fand, ist der Widerstand der Haut gegenüber dem Durchgang des Hochfrequenzstromes durchaus nicht höher als der Widerstand etwa des Muskelgewebes, ganz im Gegensatz zum Verhalten des galvanischen und faradischen Stromes. Die Ursachen, die zu Verbrennungen durch Diathermie führen können, hat in klarer Weise Lindemann zusammengestellt. Es kann sich einerseits um rein technische Fehler handeln, z. B. zu kleine Plattenelektroden; die Stromdichte wird dann unzulässig hoch; oder kann es sich um Fehler der Funkenstrecke handeln: Lindemann empfiehlt daher, in jedem Falle die Funkenstrecke erst zur Probe laufen zu lassen und erst bei richtigem Funktionieren den Patientenstromkreis einzuschalten. Viele Verbrennungen entstehen auch durch Nichtbeachtung von Sensibilitätsstörungen des Patienten. In manchen Fällen treten Verbrennungen auf, weil der Strom im Patienten Wege höheren und geringeren Hochfrequenzwiderstandes vorfindet; trotzdem die durchschnittliche Stromdichte nicht zu hoch ist, kommt es zu Verbrennungen, da bei Parallelschaltung von Geweben höheren und geringeren Widerstandes die Stromdichte in letzteren unzulässig hohe Werte annehmen kann. Eine Diathermieschädigung wird manchmal erst nach mehreren Sitzungen manifest; in einer früheren Sitzung kommt es durch umschriebene Überlastung (z. B. in Narben, Striae, entlang tiefgehenden Gefäßen) zu einer leichten, klinisch nicht erkennbaren Veränderung, in einer späteren Sitzung bevorzugt der Strom dann diese schon veränderten Stellen, die dadurch dann aufs neue überlastet werden.

Die Indikationen der Allgemeindiathermie haben in den Berichtsjahren keine wesentliche Einschränkung oder Erweiterung erfahren. Ternowsky hat teilweise bei seinem Material eine wesentliche Beeinflussung, vor allem Erweichung von Narbengewebe, nicht feststellen können; auch bei chronisch-eitrigen Prozessen, Fisteln usw. war der Nutzen nur sehr unbedeutend. Dagegen reagierten chronisch-rheumatische Zustände und chronische Arthritiden durchweg sehr gut; vor allem wurde rasche Schmerzlinderung beobachtet. Die Diathermie hat sich ihm bei arteriosklerotischer Gangrän besonders bewährt; in ganz beginnenden Fällen konnte er Rückgang des drohenden Brandes erzielen, bei fortgeschrittenen Fällen demarkierte sich die Gangrän viel rascher als unter den sonst üblichen konservativen Maßnahmen. Die Anwendung der Diathermie gibt nach Korowitzky besonders bei chronischen Arthritiden gute Erfolge; Nainberg lobt sie besonders bei Arthritiden gonorrhoischen Ursprunges. Er empfiehlt möglichst frühzeitige Anwendung. Sehr gute Resultate erzielte man mit Diathermie nach Tousey bei intermittierendem Hinken; Caffarelli empfiehlt sie ganz allgemein für alle arteriosklerotischen Zustände.

Beim Basedow haben verschiedene Autoren mit Diathermie sehr gute Erfolge erzielen können. Bordier bemerkte vor allem Rückgang der Pulsfrequenz und — was besonders bemerkenswert erscheint — Rückgang des Exophthalmus; in den Fällen von Nuvoli und Banca war auch die Schilddrüsenvergrößerung zum Rückgang zu bringen. Caffarelli hat von der Diathermiebehandlung beim Basedow ebenso wie beim Diabetes Gutes gesehen.

Bei frischen Verletzungen, Frakturen, Weichteilquetschungen usw. wurde die Diathermie bisher kaum verwendet. Auf Grund seiner Erfahrungen an ziemlich großem Material empfiehlt Holmblad diese Behandlungsart aufs wärmste, besonders wegen der schmerzlindernden Wirkung.

Lux hat bei 100 Fällen von peripheren Nervenlähmungen, die er kombiniert mit Elektrotherapie und Diathermie behandelte, ausgezeichnete Beeinflussung konstatieren können.

McGinn führt die Diathermiebehandlung zum Zweck der Sensibilisierung vor der Röntgenbestrahlung von Epitheliomen, Lymphosarkomen und Leukämie aus.

Zur Behandlung von Rektalstrikturen hat Picard besondere Metallbolzen, die er an die Strikturstelle einführt, konstruiert. Durch konsequente Behandlung konnte er selbst in fortgeschrittenen Fällen, z. B. bei Strikturen nach der Whiteheadschen Operation und bei Stenosen durch para- und perimetrane Infiltrate ausgezeichnete Erfolge erzielen. Die Behandlung dauert etwa 4—6 Wochen und ist nach Monaten evtl. zu wiederholen. Picard verfügt über 16 nach seinem Verfahren behandelte und fast 3 Jahre beobachtete Fälle. Nur in 2 Fällen war ein leichtes, dann neuerlich mit Erfolg behandeltes Rezidiv zu verzeichnen.

Stern hat neue Elektroden für die Diathermie der Prostata, der Samenblasen usw. konstruiert und bei Entzündungen, wie auch bei Prostatahypertrophie gute Erfolge erzielen können. — Anläßlich einer Mumpsepidemie hat Fougerousse die Diathermiebehandlung der Testikelmetastasen durchgeführt; er sah ganz auffallend raschen Rückgang der Hodenschwellungen.

Vor der Anwendung der Diathermie bei eitrigen Gelenkentzündungen, sowie bei tuberkulösen Arthritiden warnt Korowitzy. Ebenso wird man die Diathermiebehandlung von Oesophagusstrikturen, insbesondere carcinomatösen, mit den Diathermiebougies von Wright nur mit größer Vorsicht ausführen; Wright selbst sah bei Carcinomen zwar manchmal gute palliative Erfolge, aber auch Perforation, Abscedierung und vollständigen Verschluß der Stenose — Mißerfolge, die wohl auf lokale Überhitzung zurückzuführen sind. Wegen der sehr geringen Sensibilität des Oesophagus ist eine subjektive Temperaturkontrolle durch den Patienten selbst ja kaum genügend genau zu erhalten.

Sog. „chirurgische" Diathermie (Koagulation). Diese Anwendungsart der lokalen Diathermie hat hauptsächlich wegen der Erleichterung der Anwendung (Konstruktion leichter, tragbarer, auch im Operationssaal ohne Schwierigkeit verwendbarer Diathermieapparate) und wegen der Sauberkeit des absolut blutlosen Arbeitens viele Anhänger gefunden. Für die Behandlung des Blasenpapilloms, das sonst nur endovesikal mit der Schlinge oder transvesikal mit dem Messer anzugehen war, ist die Koagulation geradezu zur Methode der Wahl erhoben worden. Die Anwendung erfolgt dabei nach Pellecchia — wenn irgendmöglich — endovesikal, nur in Notfällen transvesikal nach Sectio alta. Cholzow hat in 21 Fällen endovesikal, in 23 Fällen transvesikal koaguliert; in jeder Sitzung wurden (bei endovesikaler Anwendung) 3 bis 5 Stellen koaguliert. Die Anwendung der Diathermie ist hierbei nicht schmerzhaft. Die Zahl der notwendigen Sitzungen betrug 3—18. In den Fällen, in welchen transvesikale Anwendung sich als notwendig erwies, wurde die Basis der Geschwulst mit dem Diathermiemesser durchschnitten. In allen zu Ende behandelten Fällen konnte dauernde Heilung erzielt werden. Auch Walther und Peacock loben die Anwendung der Koagulation bei Blasen- und Urethralgeschwülsten außerordentlich. Bei Tumoren zweifelhafter Benignität führt Pellecchia nach der blutigen Entfernung die Koagulation des Grundes der Exzisionsstelle aus.

Gaudino hat mit der vorsichtigen Koagulation der nach Nephrektomie zurückgebliebenen tuberkulösen Blasenveränderungen gute Erfolge erzielt. Er koagulierte jeweils nur eine Stelle mit schwachem Strom; in 6 Fällen konnte er in einigen Monaten Heilung erzielen.

Von einigen Autoren wird für alle gut zugänglichen malignen Neubildungen die Anwendung des Diathermiemessers empfohlen, so besonders für die Operation des Mammacarcinoms (z. B. Bohmansson), zur Behandlung der malignen Tumoren der Zunge, der Mundhöhle überhaupt, der Nase, des Larynx und des Rachens (Bordier,

Nagelschmidt, Patterson, MacKenzie, Hanford, Krainz, Hirsch). Als besondere Vorteile des Verfahrens werden hervorgehoben die Sauberkeit und Blutlosigkeit des Arbeitens, die geringere Rezidivhäufigkeit. Metastasen sollen seltener auftreten; die Koagulation soll wegen des Fehlens der Resorption toxischer Produkte ohne Schock ertragen werden, die Heilungstendenz des koagulierten Gebietes wird als gut bezeichnet. Diesen nicht zu bestreitenden Vorteilen stehen allerdings auch schwerwiegende Nachteile gegenüber; bei der Koagulation kann man wichtige Organe (z. B. große Gefäße und Nerven) viel weniger gut erkennen und vermeiden als bei der blutigen Operation; ferner kommt es im koagulierten Gebiet, wie übereinstimmend hervorgehoben wird, besonders leicht zu — manchmal gefährlichen — Nachblutungen. Das schränkt die Verwendbarkeit des an sich sympathischen Verfahrens außerordentlich ein.

Wegen der fast völligen Blutlosigkeit des Vorgehens empfiehlt Bohmansson die chirurgische Diathermie besonders für Exzisionen aus blutreichen Organen, z. B. Leber, Niere; Nagelschmidt für die Beseitigung von Angiomen und Kavernomen. Beim Prostatacarcinom legt Corbus die Prostata auf perinealem Wege frei und koaguliert sie. Die Hautcarcinome sind ebenso wie die präcancerösen Stadien ein dankbares Objekt der Diathermie-Koagulation. Bordier empfiehlt sie ebenso wie Pfahler besonders für die Carcinome auf Grund einer Röntgendermatitis; die Radiumbestrahlung — einige Zeit für solche Fälle empfohlen — wird ausdrücklich widerraten. McGinn wendet die Koagulation mit Vorliebe bei Leukoplakie, Seborrhöe, Naevi, Warzen an. Auch Analfissuren hat er mit bestem Erfolg koaguliert; Prunaj berichtet über 50 erfolgreich koagulierte Fälle von Hämorrhoiden.

Die Koagulation von Drüsenmetastasen maligner Tumoren dürfte nicht zweckmäßig sein, wenn große Gefäße und Nerven in der Nähe sind. Bordier verwendet die Diathermie z. B. bei Mundhöhlencarcinom nur für die submaxillären Drüsen, während er die Halsdrüsen lieber exstirpiert. Die Behandlung inoperabler maligner Tumoren mit Diathermie wird im allgemeinen nur in Kombination mit anderen Verfahren (Röntgen, Radium) empfohlen (Hanford, Stevens, Tousey, Krainz); doch verwendet Krainz die Koagulation bei inoperablen Kehlkopf- und Rachengeschwülsten auch allein aus der Indikation, für Luft und Speisen die Passage frei zu machen.

Über die Dauerresultate der Krebsbehandlung mit Diathermie allein wird nicht viel berichtet. Nagelschmidt rühmt die Erfolge bei Zungencarcinom, ohne genauere Zahlenangaben zu machen. Patterson, der die Methode für das Zungen- und Pharynxcarcinom empfiehlt, verfügt über Fälle, die seit $1^1/_4$—8 Jahren rezidivfrei geblieben sind.

Elektrotherapie. Besonders von französischen Therapeuten werden für die Behandlung des Basedow neben der Diathermie und den Röntgenstrahlen empfohlen die Galvanisation, Faradisation und die Hochfrequenzbehandlung. Vignal und Prades rühmen dieser gemischten Behandlung im besonderen eine beruhigende Wirkung bei Aufregungszuständen nach; Ménard und Foubert verwenden in der Hauptsache die Galvanisation (Minuspol auf der Schilddrüse). Hélie hält die Wirkung dieser Verfahren den Röntgenstrahlen noch für überlegen insofern, als damit noch Besserung erzielt werden konnte in Fällen, in denen die Röntgenstrahlen versagt hatten. Bei 30 Fällen berichten sie in 89% über sehr wesentliche Besserungen, bestehend in Verkleinerung des Kropfes, Rückgang der Basedowerscheinungen; am hartnäckigsten soll sich die Tachycardie halten.

Oschmann und Schanin berichten über die Methodik der Chlorcalcium-Ionenbehandlung bei chirurgischen Tuberkulosen; sie verwenden 2—4proz. Lösungen, an der Anode, Kohleelektroden, eine Stromstärke von 80—100 M.A. durch 10—60 Min. Grusdew nimmt für die Iontophorese bei Gelenkerkrankungen, Neuralgien, Narben und Verwachsungen innerer Organe (!) Jodkali in 1—2proz. Lösung; bei Ulcera cruris verwendet er Zinkchloridlösung.

Barnes, E. Broughton, A diathermy snare for removal of postnasal growths. (Brit. med. journ. Nr. 3344, S. 211.) *
Bensaude, R., Un dispositif très simple pour faire de l'électro-coagulation au cours des endoscopies des voies digestives. (Soc. de gastro-entérol., Paris, 11. V. 1925.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 458—459.) *
Bohmansson, Gösta, Bemerkungen über die chirurgische Diathermiebehandlung. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 12, S. 373—376.) (Schwedisch.) 32, 233.
Breiger, Gottlieb, Der heutige Stand der Diathermie. (Berlin: Elektrizitätsgesellschaft „Sanitas" 1925. 72 S. RM. 1.50.) *
Carey, Willis W., Diathermy in bone lesions. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 11, S. 673—675.) 34, 141.
Castroviejo, Ramon, Die Elektrolyse als gegebene Methode für die kavernösen Angiome. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 387, S. 339—340.) (Spanisch.) 33, 259.
Corbus, Budd C., Medical and surgical diathermy in urology. Including a new technique for the treatment of carcinoma of the prostate. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 3, S. 355—375.) 32, 655.
Cumberbatch, E. P., The treatment of malignant tumours by diathermy. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 620—625.) 34, 142.
Cunningham, John H., Roger C. Graves and Wm. T. Bovie, Controlled diathermy. A new method for the treatment of bladder tumors. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 4, S. 411—418.) 34, 571.
De Gironcoli, F., Sulla chemiocoagulazione dei tumori vescicali. (III. div., chir. osp. civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 539—546.) 34, 263.
Delherm et Laquerrière, Le traitement électrique du syndrome de graves. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 51, S. 526—528.) 34, 149.
DeNicola, A., Un caso di „induratio penis plastica", curato con la diatermia. (Arch. ital. di dermatol., sifilogr. e venereol. Bd. 1, H. 2, S. 172—174.) *
Eckstein, A., Über die Grundlagen der Bestrahlungstherapie mit natürlichen und künstlichen Lichtquellen. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 20, S. 953—959.) 33, 29.
Ewerhardt, F. W., Diathermy in joint injuries. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1111—1113.) *
Firsohn, A. J., Über die Anwendung der Diathermie bei traumatischen Läsionen des Rückenmarks. (Setschenow-Inst. f. physikal. Heilmethoden, Sevastopol.) (Kurortnoe delo Jg. 2, Bd. 2, Nr. 7/8, S. 71—73.) (Russisch.) 35, 356.
Fougerousse, H. L., Mumps: A preliminary report of the effect of diathermy in testicular metastasis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 15, S. 1117.) 32, 358.
Gaudino, Nicolas M., Diathermiebehandlung der nach Nephrektomie zurückgebliebenen tuberkulösen Blasenaffektionen. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 316, S. 204—219.) (Spanisch.) *
González Díaz, Röntgen- und Radiumbehandlung mit oder ohne Diathermo-Elektro-Koagulation des Krebses und anderer maligner und benigner Tumoren des Larynx. (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. 16, Nr. 1, S. 45—54. (Spanisch.) 33, 35.
Gottlieb, J., Über die Chemokoagulation der Geschwülste der Harnblase. (Urol. Klin., I. Univ. Moskau.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8.) (Russisch.) *
Handley, W. Sampson, Lupus in its surgical aspects. (Middlesex hosp., London.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 9—37.) 33, 360.
Harmer, Douglas, The treatment of malignant tumours of the upper air-passages by diathermy. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 466—470.) 35, 388.
Harris, Joseph F., Action of diathermy in calcified subdeltoid bursitis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1134.) *
Hélie, Yves, Valeur de l'électrothérapie dans le traitement du goitre exophtalmique. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 19, S. 690.) 33, 421.
Heyerdahl, S. A., On the treatment of surgical tuberculosis with carbon arc light baths. (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 313—338.) 33, 88.
Hirsch, Caesar, Über die Anwendung der chirurgischen Diathermie bei schwer operablen Tumoren im Gebiet des Ohres und der oberen Luft- und Speisewege. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 637—645.) 33, 573.
Holmgren, Gunnar, Elektrokoagulation maligner Tumoren in den oberen Verdauungs- und Atmungswegen. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 7, S. 193—202.) (Schwedisch.) 32, 391.
Illyés, Géza, Thermo-chemische Koagulation der Blasengeschwülste und -geschwüre. (Orvosképzés Jg. 15, H. 2, S. 93—97.) (Ungarisch.) *

Johansson, Sven, A few words about the socalled diathermy operations. (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 3, S. 208—224.) **32**, 499.

Kobak, Disraeli, Diathermy in medicin and surgery. (Cook county hosp., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 4, S. 276—284.) *

Kerner, A. D., Behandlung akuter und chronischer Entzündungsprozesse (einschließlich der chirurgischen Tuberkulose) mit Faradisation. (Eisenbahnkrankenh., Rostov a. Don.) (Medicinskaja mysl' Bd. 8/10, S. 24—25.) (Russisch.) *

Kidd, Frank, Note on a cystoscope of new type. Designed for the application of diathermy to bladder tumours. (London hosp., London.) (Lancet Bd. 209, Nr. 25, S. 1282—1283.) **36**, 94.

Kolischer, Gustav, and A. E. Jones, A contribution to the technique of the electrocoagulation of vesical tumors. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 7 S. 383 bis 384.) **34**, 264.

Kovacs, Richard, Electrotherapy in paralysis following peripheral nerve lesions and poliomyelitis. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 9, S. 557—561.) **33**, 173.

Kowler, Tumeur du voile du palais, en entier traitée par l'électro-coagulation (diathermie). Récidive. (Hôp., Menton.) (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. 23, Nr. 5, S. 192—193.) *

Larru, E., Indikationen der Elektrokoagulation in der Behandlung oberflächlicher Neubildungen. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 380, S. 160—162.) (Spanisch.) *

Lavake, R. T., Diathermy with metal electrode as a possible adjuvant in the treatment of gonorrhoea in women. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 31—35.) *

Legueu, Le traitement du cancer de la vessie. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 15, S. 246—248.) *

Lucri, Tito, Papillomatosi diffusa del collo della vescica della regione del verum montanum. Elettrocoagulazione delle vegetazioni. Guarigione. (Ambulat. urol., La Spezia.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 35—40.) **35**, 338.

Lux, A., The treatment of peripheral nerve paralysis with diathermy. (Med. journ. a. record. Bd. 121, Nr. 7, S. 427—428.) **32**, 330.

McFee, William D., Electrocoagulation in surgery. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 3—6.) *

M'Kenzie, Dan, Diathermy in the removal an treatment of pharyngeal cancer. (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 294, S. 9—18.) **31**, 593.

Mann, Ludwig, Über die therapeutische Verwendung von Hochfrequenzströmen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 14, S. 547—550.) *

Marselos, Valerius J., Heilung von 35 Fällen gonorrhoischer Nebenhodenentzündung und Hodenentzündung mittels der Diathermie und unserer Spezial-Perineoscrotalelektrode. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 8, S. 604—607.) **34**, 230.

Müller, Otto, Die medizinische Hochfrequenz-Technik. (Die Technik der Elektromed. in Einzeldarstellungen. H. 1.) (Leipzig: Hachmeister & Thal 1925. 31 S. RM. 1.20.) **34**, 290.

Nagelschmidt, Franz, Chirurgische Diathermie im Bereich des Kopfes und Halses. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 429—454.) **33**, 704.

Nelly, J. F., Diathermy: Some notes on its use in medical and surgical practice. (Electrotherapeutic dep., St. Vincent's hosp., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 4, S. 105—106.) **34**, 19.

Patterson, Norman, The treatment of some cancerous growths by diathermy. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 455—465.) **34**, 230.

Pedersen, Victor Cox, Electrotherapy applied to the prostate. (Med. times Bd. 53, Nr. 10, S. 237—241 u. 262.) *

Pedersen, Victor Cox, Osteomyelitis in its relation to electrotherapy. Report of three difficult cases cured. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 10, S. 373—385.) *

Pedersen, Victor Cox, Electrotherapeutics in urology. (Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol. Bd. 43, Nr. 8, S. 301—307.) *

Pellecchia, Ettore, La diatermia per la cura dei tumori della vescica. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 8, S. 169—170.) **32**, 576.

Pfahler, George E., Electrocoagulation or desiccation in the treatment of keratoses and malignant degeneration which follow radiodermatitis. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 1, S. 41—48.) **32**, 656.

Picard, Hugo, Diathermiebehandlung der Strictura recti. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 31, S. 1709—1711.) **32**, 577.

Portret, Stephen, et Yves Helie, Sur le traitement électrique du goitre exophtalmique. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 2, S. 55—66.) **32**, 329.

Raul, P., et David Sichel, Calcification intracapsulaire douloureuse guérie par la diathermie. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 5, S. 164—166.) **34**, 19.

Reyn, Axel, Die Anwendung des künstlichen Lichts, speziell des Kohlenbogenlichts bei Lupus vulgaris und der sogenannten chirurgischen Tuberkulose. (Klin. f. Hautkrankh., Finsen med. Lichtinst., Kopenhagen.) (Strahlentherapie Bd. **19**, H. 1, S. 1—21.) **32**, 12.

Sauer, Paul Kurt, Surgical tuberculosis treated with the carbon arc lamp. (Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol. Bd. **43**, Nr. 7, S. 270—274.) **33**, 168.

Serrallach, N., Ce que nous devons attendre de la diathermie en urologie. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. **3**, S. 193—207.) **32**, 751.

Sinkoe, Samuel J., Diathermy, its value in acute epididymitis. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 9, S. 525—527.) **35**, 387.

Stern, Maximilian, New electrodes for the application of diathermy to the prostate. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 5, S. 545—549.) **33**, 512.

Theilhaber, A., Die Behandlung der Krebse, insbesondere der in den weiblichen Geschlechtsteilen entstandenen. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 91 bis 104.) **34**, 746.

Thelen, Gottfried, Zur Frage der Elektrokoagulation in der Urologie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 302—307.) *

Vignal, W., et C. David de Prades, La radiothérapie et l'électrothérapie dans le goitre exophtalmique. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 134—147.) **33**, 325.

Vinaj, Andrea, La diatermia medica. (Istit. clin. di perfezion., clin. d. malatt. profess., Milano.) (Riv. di idrol. climatol. e terapia fisica Jg. **36**, Nr. 3, S. 84—95.) **33**, 266.

Walker, Kenneth M., A new diathermy punch operation for prostatic obstruction. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 10, sect. of urol., 26. II. 1925, S. 35 bis 38.) **34**, 141.

Ward, Grant E., Value of electrothermic methods in the treatment of malignancy. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 9, S. 660—666.) **32**, 85.

Ward, Grant E., Electro-thermic methods in the treatment of benign and malignant lesions of the skin. (Howard A. Kelly hosp., Baltimore.) (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 12, S. 718—725.) **35**, 429.

Weiß, Theodor Bruno, Neue Wege auf dem Gebiete der Elektrotherapie. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 40, S. 1083—1085.) **33**, 852.

Wright, A. J., An instrument for the application of diathermy to the oesophagus. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 4, sect. of laryngol., 5. XII. 1924, S. 7.) **33**, 370.

Yocom jr., A. L., Treatment of malignancies by the use of surgical diathermy and X-ray. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 11, S. 444—446.) **36**, 868.

Zinn, F. W., Erfahrungen mit der Blaulicht-Mininlampe bei Erysipel und Herpes tonsurans. (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 6, S. 325.) **33**, 147.

Spezielle Chirurgie.

Kopf.

Allgemeines.

Bellocq, Philippe, Anatomie médico-chirurgicale: La tête fascicule. I. Le crâne. (Paris: Masson et Cie. 1925. 92 S. Frcs. 18.—.) **33**, 705.

Geselevič, A., Über den Charakter der Wechselbeziehungen zwischen den knöchernen Räumen und den in ihnen verschlossenen Organen und deren Bedeutung für die Klinik. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., Moldt-med. Akad., Leningrad.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. **4**, Nr. 3/4, S. 13—20.) (Russisch.) *

Jazuta, K., Über künstlich deformierte Schädel in Südostrußland. (Anat. Inst., Univ. Rostov a. Don.) (Izvestija Donskogo gosudarstvenogo universiteta Bd. **5**, S. 70 bis 76.) (Russisch.) **36**, 869.

Jüngling, O., Sind die Foramina Magendi und Luschkae physiologischerweise offen oder nicht? Zugleich Bemerkung zu der Arbeit von Brinkmann: Nebenerscheinungen bei der Encephalographie und ein Versuch zu ihrer Erklärung. Dieses Zentralblatt 1925. Nr. 11. S. 579. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 24, S. 1299—1304.) **36**, 872.

Allgemeine Pathologie des Gehirnschädels.

Dumbadze, D., Ein Fall von Osteomyelitis des Os occipitale. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Kijev, Prof. Krymov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, Nr. 28, S. 621—626.) (Russisch.) **33**, 870.

Elsberg, Charles A., Craniotomy under local anaesthesia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 213—222.) 31, 360.
Fleming, Howard, Osteomyelitis of the skull. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 8, S. 985—988.) 33, 169.
Franchini, Yago, Osteomyelitis der flachen Schädelknochen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 35, S. 497—501.) (Spanisch.) 33, 465.
Frey, G., Three cases of osteomyelitis of the flat bones of the head. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 5, S. 308—314.) 32, 331.
Fuchs, B., Beiträge zur chirurgischen Anatomie des Sinus sagittalis superior. (Inst. f. topogr. Anat. u. operat. Chir., Univ. Tomsk, Sibirien, Prof. Ssawwin.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 415—425.) (Russisch.) 34, 762.
Goldhammer, Karl, und Arthur Schüller, Die Varietäten der Sella turcica. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 6, S. 894—900.) 34, 627.
Haim, E., Über entzündliche Affektionen der Schädelknochen. (Sonderdruck aus: Praktický lékař Nr. 7, 4 S.) (Tschechisch.) 33, 870.
Hesse, G., Dysostosis cleidocranialis unter besonderer Berücksichtigung des Gebisses. (Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. 41, H. 2, S. 161—177.) 33, 168.
Jazuta, K., Über eine eigentümliche Verkrümmung des Jochbogens. (Vračebnoje delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1960—1962.) (Russisch.) 35, 430.
Krabbe, Knud H., Dysostosis cleidocranialis with metabolic disturbances. (Dep. f. nerv. a. ment. dis., Kommunehosp., Copenhagen.) (Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 61, Nr. 1, S. 18—30.) *
Lillie, Harold I., Osteomyelitis of the cranial bones secondary to paranasal sinus operations. (Sect. on otolaryngol., Mayo clin., Rochester.) (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 2, S. 353—365.) 33, 169.
Menninger, Karl A., Heredosyphilitic cranial osteoporosis. A preliminary report on a Roentgen-ray stigma found in late congenital syphilis. (Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 480—491.) 34, 573.
Mysch, W., Der Turmschädel als Objekt der chirurgischen Behandlung. (Chir.-Univ. Klin., Tomsk, Prof. Mysch.) (Nowyi chirurgičeskij archiv Bd. 6, H. 4, Nr. 24, S. 561—570.) (Russisch.) 33, 466.
Pesch, Karl L., Periostaler Meningokokkenabsceß ohne Genickstarre; Beteiligung des Kniegelenks. (Hyg. Inst., Univ. Köln.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 21, S. 1025.) 32, 449.
Simeoni, C., Osteomielite tubercolare del temporale. (Clin. oto-rino-laringol., univ., Napoli.) (Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. 36, H. 2, S. 96—106.) 33, 466.
Šuma, Osteomyelitis der Schädelknochen nach Ohr- und Stirnhöhleneiterungen. (Časopis lékařův českých Jg. 64, Nr. 5, S. 166—174.) (Tschechisch.) 31, 359.
Wischnewskij, A., Venae diploicae des Schädels. (Inst. f. normale Anat., Univ. Irkutsk, Prof. N. Bušmakin.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 73—78.) (Russisch.) 34, 572.

Schädelverletzungen (einschließlich Frakturen), Schädelchirurgie.

Babcock, W. Wayne, Penetrating wounds of the skull: By an automobile bolt; by a carpet tack; by a penknife. (Dep. of surg., Temple univ., Philadelphia.) (Internat. clin. Bd. 1, Ser. 35, S. 134—136.) 32, 331.
Baldenweck, L., Le vertige dans les traumatismes craniens. Essai sur sa signification et sa valeur médico-légale dans les accidents du travail. (Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-œsophagoscopie Bd. 4, Nr. 6, S. 641 bis 665.) 33, 168.
Baum, Eugen, Über Schädel- und Gehirnverletzungen mit besonderer Berücksichtigung einiger an der chirurgischen Klinik zu Erlangen beobachteten Fälle. (Dissertation: Erlangen 1925. 2 S.) *
Bello, Eduardo, Die Schädelchirurgie im alten Peru. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 10, Nr. 117, S. 1010—1046.) (Spanisch.) 32, 870.
Breitmann, M. G., Zur Frage der Schädelverletzungen. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 12/14, S. 1024—1025.) (Russisch.) *
Brunner, Hans, Pathologie und Klinik der Erkrankungen des Innenohres nach stumpfen Schädeltraumen. (I. chir. Univ.-Klin. u. allg. Poliklin., Wien.) (Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 6, S. 697—709, H. 7, S. 763—833 u. H. 8, S. 922—937.) 33, 575.
Bufalini, Maurizio, La plastica cranica con lembi osteo-periostei tibiali a sezione tangenziale discontinua. (Ricerche sperimentali.) (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 529—554.) 34, 231.

Caccuri, Scipione, La razione di Weil-Kafka nei traumatizzati del cranio e della colonna vertebrale. (Clin. per le malatt. prof., univ., Napoli.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 6, S. 309—316.) **33**, 199.
Christ, Andreas, Aktinomykose nach Kopfverletzungen. (Chir. Univ.-Klin., Basel.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 28, S. 643—645.) **33**, 170.
Connors, John Fox, Management of intracranial injuries with or without fracture. (Surg. serv., Harlem hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 901—905.) **32**, 331.
Davidson, Edward C., and Clyde I. Allen, The blood glucose curve in head injuries. (Dep. of surg., Henry Ford hosp., Detroit.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 4, S. 217—230.) **34**, 633.
Della Torre, Pier Luigi, Riflessioni sopra alcuni errori di diagnosi in chirurgia cerebrale. (Div. chir., osp. S. Maria, Treviglio.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 35, S. 820—826.) **33**, 649.
Eicken, Carl van, Über Luftblasen im Innern des Schädels. (Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 128—133.) **34**, 635.
Fiorini, Mario, Frattura complicata del cranio, psicosi, monoplegia omonima. (Gazz. d. osp. e. d. clin. Jg. 46, Nr. 11, S. 243—246.) *
Giannettasio, Niccola, Di un caso di paralisi dei nervi spinale ed ipoglosso da trauma contusivo del capo. (Osp. S. Giovanni di Dio, Firenze.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 523—528.) **32**, 753.
Grant, Francis C., The treatment of cranial trauma. (Univ. hosp., Philadelphia.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 6, S. 1537—1552.) **35**, 311.
Greenleaf, Paul E., Cranio-cerebral injuries, concussion, compression treatment. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 1, S. 46—50.) *
Hackler, Garfield M., Traumatism of the head and brain in civil pratice. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 322—325.) **33**, 870.
Hartmann, Heinz, und Paul Schilder, Zur Psychologie Schädelverletzter. (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 75, H. 2/3, S. 287—300.) *
Hipsley, P. L., Fracture of the skull in children. (Roy. Alexandra hosp. f. childr., Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 1, S. 5—9.) **31**, 358.
Hoag, David Edward, Nervous and mental states, following injuries to the head. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 6, S. 260—263.) **33**, 168.
Holman, Emile, Restoration of the scalp, the management of skin grafts. (Dep. of the Western reserve univ., school of med., Cleveland.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 5, S. 350—352.) **31**, 859.
Holman, Emile, and W. M. J. Scott, Significance of unilateral dilatation and fixation of pupil in severe skull injuries. (Surg. serv., Lakeside hosp., Cleveland.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 18, S. 1329—1332.) **33**, 200.
Horn, Paul, Über diagnostische und prognostische Irrtümer bei der Begutachtung Kopfverletzter. (Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 31, Nr. 9, S. 115—124.) *
Hulst, J. P. P., Verbrechen oder Unfall? Vielfache Schädelbrüche. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 22, S. 2421—2431.) (Holländisch.) *
Iliescu, Mihail O., Ein Fall von Hirn-Schädel-Chirurgie. Traumatischer Diabetes insipidus. Heilung. (Spit. Colentina, Bucureşti.) (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 7/9, S. 142—148.) (Rumänisch.) **34**, 231.
Iñigo Nourgés, Manuel, Hirnerschütterung und Basisfraktur. (Hosp. milit., Zaragoza.) (Clin. castellana Bd. 31, Nr. 5, S. 229—240.) (Spanisch.) *
Kenny, H. R., Head injuries. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 313—317.) **33**, 869.
Krogius, Ali, Luft in den Ventrikeln des Gehirns nach einer Basisfraktur. (Finska läkaresällskapets handl. Bd. 57, Nr. 7, S. 621—633.) (Schwedisch.) **32**, 752.
Loreto, Ottavio di, Alcuni esiti di lesioni traumatiche del capo e della colonna cervicale. (Osp. princip. milit. marittimo, Spezia.) (Ann. di med. nav. e colon. Bd. 1, H. 5/6, S. 283—290.) **33**, 465.
Manasse, Paul, Über traumatische Cysten des Gesichtes. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Univ. Würzburg.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 74, H. 2/3, S. 322—331.) **35**, 17.
Manheim, A., und B. Zypkin, Kranioplastik durch Knorpeltransplantation. (I. chir. Klin., Prof. Ssokolowski, Minsk.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 22/23, S. 1752—1755.) (Russisch.) **35**, 688.
Massa, Antonio, Contributo allo studio delle ferite cranico-cerebrali. (Ivrea: F. Viassone 1925. 18 S.) *
Mazel, P., et P. Robin, Des fractures méconnues de la base du crâne. (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 141, S. 643—645.) **34**, 573.
Mitchell, H. C., Traumatisms of the head. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 5, S. 391 bis 394.) **35**, 17.

Munro, Donald, The therapeutic value of lumbar puncture in the treatment of cranial and intracranial injury. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 26, S. 1187 bis 1189.) **34**, 763.

Orth, Oscar, Kurze Mitteilung zum Vorgehen bei Schädeldefekten. (Landeskrankenh., Homburg a. Saar.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 10, S. 520—524.) **31**, 859.

Palazzi, Silvio, Kranio-faciale Traumen bei Boxern und Kieferschutzapparat. (Inst. f. Zahnheilk. u. Zahnprothetik, Univ. Pavia.) (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 10, S. 873—882.) **33**, 564.

Rand, Carl W., and Johannes M. Nielsen, Fracture of the skull: Analysis of one hundred and seventy-one proved cases. Diagnosis and treatment of associated brain injury. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 3, S. 434—458.) **36**, 19.

Rebattu et Bertoin, Syndrome des quatre derniers nerfs craniens (syndrome de Collet) par fracture de l'occipital. (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 25, S. 747—753.) **34**, 763.

Reder, Francis, Fibro-angioma of scalps. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1297—1301.) *

Reder, Francis, Angioma of left temporal and malar regions. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1303—1311.) *

Richards, Francis P., Fracture of skull in child. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 10, S. 749—750.) *

Rutherford, Albert G., Head injuries. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 5, S. 368 bis 372.) *

Sarbó, Arthur, Geheilte Gehirnfettembolie mit Verlauf unter dem Bilde einer progressiven Paralyse nach Knochenbruch. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 31, S. 714—715.) (Ungarisch.) **32**, 871.

Silberberg, J., Schädeltrepanation mit dem Instrumentarium von de Martel. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 132 bis 134. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *

Specht, Karl, Fractura processus styloidei capitis. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 50, S. 2074—2075.) **34**, 572.

Spilsbury, Bernard, Lettsomian lectures on wounds and other injuries in their medico-legal aspect. Lect. III. (St. Bartholomew's hosp. med. coll., London.) (Lancet Bd. **208**, Nr. 15, S. 749—754.) **33**, 465.

Stewart, William H., Skull fractures. Roentgenologically considered. With surgical comments by William H. Luckett. (Ann. of rontgenol. Edit. by James T. Case. Bd. **6**.) (New York: Paul B. Hoeber 1925. XXIX, 64 S. u. 44 Taf. Geb. $ 12.—.) **34**, 230.

Struijcken, H. J. L., Ausgedehnter Schädelknochenbruch mit paradoxer Pupillenreaktion. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 24 bis 26.) **31**, 860.

Stulz, E., et P. Stricker, Hypotension aiguë du liquide céphalo-rachidien d'origine traumatique. (Clin. chir., univ., Strasbourg.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 7, S. 506 bis 514.) **33**, 794.

Stulz, E., and P. Stricker, Acute hypotension of cerebro-spinal fluid following cranial traumatism. (Clin. chir., fac. de méd., univ., Strasbourg.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 5, S. 678—683.) **35**, 690.

Taussig, Leo, Reflektorische Pupillenstarre nach Kopftrauma ohne Lues. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 16, S. 601—605.) (Tschechisch.) **33**, 169.

Trotter, Wilfred, An adress on the management of head injuries. (Lancet Bd. **209**, Nr. 19, S. 953—956.) *

Schädelgeschwülste.

Cope, Zachary, A case of frontal endothelioma with hyperostosis cranial. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 794—797.) *

Cutler, George David, Lipoma of the scalp. Report of a case. (Surg. serv., children's hosp., Boston.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 6, S. 421—422.) *

Erdélyi, Sándor, Über juvenile Nasen-Rachen- (Schädelbasis-) Fibrome und deren Behandlung. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 29, S. 679—683.) (Ungarisch.) **33**, 574.

Juščenko, W. A., Ein Fall von Syphilom der Schädelbasis, welches ein Fibroma baseos cranii vortäuschte. (Chir. Univ.-Klin., Rostov a. D.) (Medicinskaja mysl' Bd. **3**/**4**, S. 34—37.) (Russisch.) *

Léri, André, et Machtou, Enorme ostéome syphilitique du crâne. (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **32**, Nr. 7, S. 331—334.) **34**, 573.

Sevandin, M., Zur Klinik und operativen Entfernung der Fibrome und Sarkome der Schädelbasis. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 15/17, S. 1104—1109.) (Russisch.) **36**, 256.

Vulpius, O., Perlgeschwulst der Schädelbasis als Unfallfolge. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 32, Nr. 10, S. 227—228.) *
Yocom jr., Albert L., Epithelioma of the face, head and neck. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 6, S. 224—229.) 37, 492.

Hirnnerven.

Hirnnerven außer Trigeminus.

Adson, Alfred W., Surgical treatment of facial paralysis. (Sect. on neurol. surg., Mayo clin., Rochester.) (Arch. of otolaryngol. Bd. 2, Nr. 3, S. 217—249.) 33, 424.
Babcock, W. Wayne, Injuries to nerves from surgical treatment of diseases of the face and neck. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 187—193.) 32, 176.
Bock, Fritz, Facialislähmung durch Anästhesierung der Ohrmuschel mittels Novocaininjektion. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Rostock.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13, H. 1, S. 158—159.) 33, 700.
Brinkman, R., und J. v. d. Velde, Nachweis einer momentanen Zunahme der capillaraktiven Substanzen des Kaninchenblutes unmittelbar nach direkter oder reflektorischer Vagusreizung. (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 207, H. 4, S. 492 bis 496.) 31, 545.
Cornioley, Névrose grave du plexus solaire simulant une perforation gastrique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 443—457.) 33, 331.
Fick, Wilhelm, Beitrag zur Kenntnis der Vagus-Sympathicus-Verbindungen unterhalb der Schädelbasis. (Anat. Anst., Univ. Berlin.) (Jahrb. f. Morphol. u. mikroskop. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. mikroskop.-anat. Forsch. Bd. 2, H. 2, S. 429 bis 457.) 32, 876.
Geimanovič, S., Die orthopädischen Grundlagen der Behandlung von Facialislähmung. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 173 bis 175.) (Russisch.) 37, 323.
Giannettasio, Niccola, Di un caso di paralisi dei nervi spinale ed ipoglosso da trauma contusivo del capo. (Osp. S. Giovanni di Dio, Firenze.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 523—528.) 32, 753.
Kappis, Max, Untersuchungen für die Schmerzempfindlichkeit des rechten Nervus vagus. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 15, S. 536—539.) 32, 406.
Lecouturier, Résultat après seize ans d'une anastomose spino-faciale. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 4, S. 308—312.) 33, 38.
Moharrem, I., Über den Verlauf des Nervus depressor beim Menschen. Ein Beitrag zur Kritik der operativen Behandlung der Angina pectoris. (Pathol. Inst., Univ. Basel.) (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. 17, Nr. 3, S. 33—39.) 31, 532.
Podkaminsky, Gastroenteroanastomie mit prophylaktischer Vagotomie. Vorl. Mitt. (Chir. Univ.-Klin., Charkow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 11, S. 568 bis 569.) 31, 838.
Rebattu et Bertoin, Syndrome des quatre derniers nerfs craniens (syndrome de Collet) par fracture de l'occipital. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 25, S. 747 bis 753.) 34, 763.
Rondet, Plaie du pharynx par instrument tranchant avec section de la carotide externe et du nerf grand hypoglosse. (Arch. de méd. et pharm. navales Bd. 115, Nr. 4, S. 334—338.) 34, 830.
Sargnon, A., et Mayoux, Paralysie des dix derniers nerfs craniens par tumeur péritubaire (cylindrome). (Oto-rhino-laryngol. internat. Bd. 9, Nr. 10, S. 545—549.) *
Šercer, Ante, Une anastomose hypoglosso-faciale réussie. (Clin. oto-laryngol., univ., Zagreb.) (Liječničk vijesnik Jg. 47, Nr. 11, S. 693—699.) (Serbokroatisch.) 34, 764.
Skramlik, Emil v., und Manuel Durán-Cao, Über die Beziehungen des Vagus zum Sympathicus bei der Milz. (Physiol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45, H. 3/4, S. 460—474.) 32, 877.
Stahnke, E., und Seyerlein, Elektrische Vagusreizung beim Menschen. Vorl. Mitt. (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 9, S. 334 bis 335.) 31, 444.
Tello, J. Francisco, Entwicklung des Nervus depressor und seiner Endungen. (Arch. de cardiol. y hematol. Bd. 6, Nr. 2, S. 37—49.) (Spanisch.) 33, 41.
Terracol, J., Le ganglion sphéno-palatin. Considérations générales anatomiques et chirurgicales. (Clin. oto-rhino-laryngol., fac. de méd., Strasbourg.) (Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-œsophagoscopie Bd. 4, Nr. 7, S. 787—832.) 33, 303.

Trigeminus und Ganglion Gasseri.

Alexander, W., Alkoholinjektion oder Operation bei Trigeminusneuralgie? (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 3, S. 115—118.) **31,** 816.

Babcock, W. Wayne, Injuries to nerves from surgical treatment of diseases of the face and neck. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 3, S. 187 bis 193.) **32,** 176.

Bagozzi, Un caso di neurotomia retro-gasseriana. (XXXI. congr., soc. ital. di chir., Milano, 26.—29. X. 1924.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 6, S. 860—861.) *

Bársony, T., Beschwerdelosigkeit bei jahrzehntelang dauernden Gesichtsneuralgien. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34,** 293.

Burr, H. S., and G. B. Robinson, An anatomical study of the Gasserian ganglion, with particular reference to the nature and extent of Meckel's cave. (Anat. laborat., school of med., Yale univ., New Haven.) (Anat. record Bd. **29**, Nr. 4, S. 269 bis 282.) **32,** 234.

Coughlin, W. T., The most recent advances in the surgery of trigeminal neuralgia major. (Dep. of surg., St. Louis univ. school of med.) (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 1, S. 25—27.) **31,** 440.

Daly, R. L., Notes on a case of Gasserian ganglion successfully removed. (South African med. record Bd. **23**, Nr. 8, S. 168; Med. journ. of South Africa Bd. **20**, Nr. 9, S. 268—269.) *

Dandy, Walter E., Section of the sensory root of the trigeminal nerve at the pons. Preliminary report of the operative procedure. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **36**, Nr. 2, S. 105—106.) **32,** 360.

Dogliotti, A. M., La via orbitale inferiore per l'iniezione di liquidi modificatori a livello dei fori ovale e rotondo, nella cura della nevralgia del trigemino. Studio anatomico e clinico. (Istit. e clin. di patol. spec. chir., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 483—502.) **33,** 328.

Frazier, Charles H., Subtotal resection of sensory root for relief of major trigeminal neuralgia. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **13**, Nr. 3, S. 378—384.) **32,** 16.

Frazier, Charles H., Pain phenomena of the face, their origin and treatment with special reference to trigeminal neuralgia. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 4, S. 469—476.) *

Gaston, J. M., A case of trigeminal neuralgia treated by injection method. (China med. journ. Bd. **39**, Nr. 12, S. 1122—1124.) **36,** 22.

Gjertz, Emil, et Sven Hellerström, Tumeur du ganglion de Gasser. (I. clin. méd. Serafimlasaret et laborat. d'anat. pathol., inst. Karolin, Stockholm.) (Acta med. scandinav. Bd. **63**, H. 1/2, S. 7—23.) **34,** 766.

Gutnikoff, B., Über die Behandlung der Trigeminusneuralgie mit Alkoholinjektionen in das Ganglion Gasseri. (Chir. Univ.-Klin., Rostow am Don [Rußland].) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 79—105.) **32,** 136.

Kulenkampff, D., Die Trigeminusneuralgie und ihre Behandlung. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 6, S. 224—225.) **31,** 736.

Lockhart, R. D., The anatomical relations of the gasserian (semilunar) ganglion. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 558—560.) **31,** 440.

Polozov, A., Zur Behandlung der chronischen Neuralgie des Trigeminus. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 134—136. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34,** 489.

Rand, Carl Wheeler, Tumor of the left Gasserian ganglion. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 1, S. 49—54.) **31,** 864.

Russell, Ethel C., Two primary tumors of the gasserian ganglion. (Neurosurg. serv. dr. Charles H. Frazier, univ. hosp., Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 6, S. 413—415.) **31,** 864.

Takeda, Genichiro, Beiträge zur histologischen Kenntnis des Nervus trigeminus. IV. Mitt. Über die gefensterten Zellen und die Zellen mit Vakuolen im Ganglion semilunare. (Anat. Inst., Univ. Kyoto.) (Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 1, S. 17 bis 29.) *

Wertheimer, Pierre, L'algie faciale post-zostérienne. Considérations pathogéniques et chirurgicales. (Journ. de méd. de Lyon Jg. **6**, Nr. 134, S. 437—441.) **33,** 514.

Wolf, Hermann, Einige Behandlungsformen der Trigeminusneuralgie, mit besonderer Berücksichtigung der Novocain- und Antipyrin-Injektionen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 8, S. 667—717.) **33,** 799.

Hirnhäute, Gehirn, Zirbeldrüse, Hypophysis.

Übersichtsreferat.

Von

E. Pólya, Budapest.

A. Anatomie, Physiologie, Lokalisation.

Traum untersuchte die Endigung der Nervenfasern in der Dura; diese sind teils Gefäßnerven, teils Eigennerven, letztere sind als schmerzfühlende Organe zu betrachten und vielleicht auch als sensible Endorgane der Liquorregulation.

Kowalewskys anatomische Studien über die Verbreitungswege der extraduralen Flüssigkeitsansammlungen zeigten, daß die Dura im Kindes- und Greisenalter viel fester an die Basis cranii fixiert ist, als in den mittleren Lebensjahren, und daß der letztere Typus die besten Chancen zur Verbreitung von extraduralen Ergüssen bietet; diese können ihren Weg auch durch Öffnungen des Tegmen tympani in die Paukenhöhle und von hier aus durch Pharynx und äußeres Ohr nach außen finden. Somit kann Blutung aus dem mittleren Ohr nach Kopftraumen auch ohne Basisfraktur zustandekommen.

Mikulszky und Eufemjun studierten die Hirnpulsationen bei einem Patienten mit Schädeldefekt und registrierten ihr Verhalten bei Empfindungsreizen und höheren psychischen Leistungen. Auch Binet studierte den Einfluß verschiedener Momente (Atmung, Pressen, psychische Aufregung, Körperhaltung usw.) auf den Gehirnpuls, befaßt sich außerdem mit den Folgen der Karotisunterbindung und der Wechselwirkung zwischen Gehirnzentren und Gefäßsystem.

Dusser de Barrenne und Kleinknecht untersuchten im Tierexperiment den Einfluß der elektrischen Reizung der Großhirnrinde auf den Blutdruck. Während bei Katzen und Kaninchen nur depressorische Druckänderungen zu beobachten sind, findet man am Hundehirne Stellen, deren Reizung zur Erhöhung, und andere, deren Reizung zur Erniedrigung des Blutdruckes führt. Die Reaktion bei Reizung ein und derselben Stelle ist immer konstant.

Sanmartino verglich experimentell die Zuckerstichglykosurie mit der Adrenalinglycosurie und fand einen vollkommenen Parallelismus; nur in der Intensität der Erscheinungen zeigten sich Differenzen.

Nach Abes und Sohatas Untersuchungen gibt es eine zentrale nervöse Regulation des Kochsalzstoffwechsels und diese wird durch den Kochsalzgehalt des im Hirn zirkulierenden Blutes reguliert.

Hermann und Wodak machten an der Hand einer Verletzung des linken Stirnhirns interessante Beobachtungen bezüglich des Mechanismus der Stirnhirnfunktion und deren vestibuläre Beeinflußbarkeit.

Interessant sind auch Goldsteins Ausführungen über die Verschiebung des Zentrums des Sehfeldes bei Hemianopikern, welche die Anpassung und die Restitution der Gehirnfunktion nach umschriebenen Gehirndefekten zeigen.

B. Liquor, Liquorströmung, Liquordruck.

Menniger stellt die derzeitigen Ansichten über Physiologie und Chemie des Liquors zusammen. Ob der Liquor ein Sekret, Filtrat, Transsudat oder Dialysat ist, ist nicht sicher festzustellen. Wahrscheinlich aber ist es ein Sekret, und zwar hauptsächlich des Plexus chorioideus, doch nimmt auch das Ependym der Ventrikel, die perivasculären Räume und der hintere Lappen der Hypophyse an seiner Absonderung teil. Die Absorption findet hauptsächlich durch die großen Blutleiter der Dura mit Vermittlung der arachnoidealen Zotten statt, ein Teil wird durch den Lymphstrom absorbiert, wohin es entlang der Gehirn- und Rückenmarksnerven gelangt.

Auch die Beobachtungen von Magnus und Jacobi am lebenden Hundegehirn mit dem Mikroskop bei auffallendem Lichte sprechen dafür, daß der Liquor nicht nur durch den Plexus chorioideus, sondern auch durch das Ependym abgesondert wird. Anämisierende Einflüsse führen schnell zum Ödem.

Wüllenweber hingegen schließt sich der Ansicht Dietrichs an, daß dem Plexus chorioideus hauptsächlich eine resorbierende Funktion zukommt, und meint, daß die Ursache vom kommunizierendem Hydrocephalus in der durch Veränderungen des Plexus bedingten Störung der Liquorresorption zu suchen sei, während beim Verschluß des Foramen Magendie Abfluß- und Resorptionshinderung zusammenwirken.

Kono berichtet über den Sektionsbefund eines Carcinoms des Plexus chorioideus; im Liquor freischwimmende Krebszellen, Metastasen in den beiderseitigen Hirnnerven V, VII, VIII und im spinalen subarachnoidealen Raum. Diese sind beweisend für die Liquorströmung in dieser Richtung.

Becher analysiert die Druckverhältnisse des Liquors, diese sprechen gegen eine Strömung von unten nach oben. Allerdings sieht man, wie Eskuchen und auch Nonne beobachteten, Farbstoffe, welche in den Lumbalsack injiziert wurden, im Zisternenpunktat erscheinen, wie Eskuchen behauptet, auch dann, wenn der Patient ruhig sitzt, nach Nonne aber nur dann, wenn der Patient Rumpf und Kopf bewegt, sonst bleibt der Zisternenliquor auch nach 1—2 Stunden ungefärbt, während bei Bewegungen er schon in 10 Min. gefärbt wird.

Block, Baetz und Oppenheimer verglichen an 100 Fällen Blutdruck, Spinaldruck und Intraokulardruck. Diese gehen im allgemeinen parallel, doch gibt es auch Fälle, wo sie divergieren; bei Schädelbrüchen z. B. ist Liquor- und Intraokulardruck erhöht, dagegen der Blutdruck niedrig; bei Glaukom ist nur der Intraokulardruck, bei Meningitis epidemica nur der Spinaldruck erhöht, bei normalen Verhältnissen der beiden anderen.

Brünnings verglich den Lumbaldruck mit dem Hirndruck, welchen er mit einem eigenen Apparat an der Spannung der Dura mißt.

Bastiaanse machte in 9 Fällen die Beobachtung, daß 6 Stunden nach der Lumbalpunktion der Lumbaldruck erheblich höher ist als zur Zeit der ersten Punktion; durch Medikamente (Pilocarpin, Atropin, Pituitrin, Digalen, Luminal, Brom) konnte diese Druckerhöhung beeinflußt werden.

Solomon, Thompson und Pfeiffer fanden, daß die intravenöse Injektion von 200 ccm einer 15proz. Kochsalzlösung den Liquordruck des Menschen für die Dauer von 1—1$^1/_2$ Stunden um ungefähr 50% erniedrigt; das nach Dekompressionstrepanation hervorgewölbte Hirn sinkt 2—3 Stunden nach dieser Injektion zurück, wölbt sich aber nach 6—10 Stunden wieder hervor. Die Entleerung von 10—20 ccm Spinalliquor ruft dieselbe Druckerniedrigung hervor, wie die intravenöse Injektion von 200 ccm 15proz. Kochsalzlösung, hingegen ist die innerliche Verabreichung bis zu 30 g Kochsalz in dieser Richtung wirkungslos.

Eine große Anzahl von Veröffentlichungen befaßt sich mit der Zisternenpunktion. Die große Anzahl von Zisternenpunktionen, von welchen einzelne Autoren berichten, (Ebaugh 1500, Nonne 310, Sarbó 180, Hartwich 91 usw.) beweist, in welchem Maße sich dieses Verfahren in der neurologischen Praxis eingebürgert hat. Obwohl Nonne bei einem 79jährigen Manne mit starker Sklerose der Hirnarterien infolge von Verletzung eines kleinen Astes der Arteria cerebelli post. inf. einen Todesfall infolge dieses Verfahrens zu beklagen hat, wird von allen Seiten die Ungefährlichkeit des Verfahrens bei schonender, vorsichtiger Ausführung betont. Nach Jánossy kam unter 2600 Punktionen viermal eine Verletzung der Oblongata vor. Auch er sah eine Blutung nach Zisternenpunktion, und zwar eine Fernblutung in der Gehirnsubstanz. Außer einigen technischen Vorschlägen bezüglich der Ausführung der Zisternenpunktion (Eskuchen, Sarbó, Pfister, Osan, Bescht, Jánossy usw.) und auch einzelnen, zu diesem Zweck kon-

struierten Apparaten (Stahl, Fried) wird hauptsächlich der diagnostische und therapeutische Wert des Verfahrens besprochen. Die Zisternenpunktion ist nicht nur ein Ersatz der Lumbalpunktion, wenn diese gefährlich oder unausführbar erscheint, sondern sie ist ihr oft vorzuziehen, da sie weniger schmerzhaft, leichter ausführbar ist und auch nachher weniger Beschwerden verursacht.

Für die Encephalographie ist die Zisternenpunktion vorzuziehen, weil man mit weniger Luft auskommt. Unerläßlich ist sie für die Füllung des spinalen Subarachnoidalraumes mit Kontrastmitteln bei Myelographie. Auch therapeutisch hat die Zisternenpunktion große Vorzüge bei der Behandlung der Syphilis des Zentralnervensystems mit Salvarsan, Arsphenamid, Tryparsamid usw. (Ebaugh, Pfister, Osan usw.), da in dieser Weise relativ große Mengen des Medikamentes mit Schonung der empfindlichen hinteren Wurzeln direkt dem Zentralnervensystem zugeführt werden können. In Meningitisfällen ist die Zisternenpunktion ein wirksameres Mittel zur Entlastung als die Lumbalpunktion (Forestier, Sarbó), auch kann man Meningokokkenserum in dieser Weise einführen (Ebaugh). Überhaupt ermöglicht die Zisternenpunktion eine ausgiebigere Drainage der cerebralen Räume als die Lumbalpunktion (Eskuchen). Bei Hirntumoren im Koma, wo man dem Patienten eine dekompressive Trepanation nicht zutraut, mag die Zisternenpunktion vorübergehende Druckentlastung bewirken (Sarbó), auch bei Epilepsie, ja im Status epilepticus sah man von ihr günstige Wirkung, Brady sah gute Wirkung bei Hydrocephalus. Doch muß man sagen, daß die Zisternenpunktion wohl eine wertvolle Ergänzung der Lumbalpunktion bietet, diese aber keineswegs überflüssig macht. In gewissen Fällen soll die Zisternenpunktion mit der Lumbalpunktion kombiniert werden; diese Kombination bietet wertvolle Möglichkeiten sowohl in diagnostischer (Feststellung von Spinalblock, Zisternenblock), wie auch in therapeutischer Hinsicht (Durchspülung des spinalen Subarachnoidealraumes).

Bezüglich der Erkennung des Kleinhirnzisternenblockes geben Zange und Kindler an, daß man bei totalem Zisternenblock bei der Zisternenpunktion mit der Nadel anstatt auf Liquor an weiche Hirnmasse kommt und der Queckenstedtsche Versuch bei Lumbalpunktion negativ ausfällt. Bei inklompletem Zisternenblock bekommt man bei der Zisternenpunktion nur wenig Liquor, der Queckenstedtsche Versuch gelingt mehr oder weniger gut, auch sinkt der anfangs hohe Lumbaldruck schnell herab.

Anton macht auf die Synostose von Atlas und Occiput aufmerksam, welche hindernd und gefährdend bei der Suboccipitalpunktion wirken kann.

C. Hirndruck und Druckentlastung.

Eine große zusammenfassende Arbeit über Theorie und Klinik des Hirndruckes verdanken wir Schück, welcher das gewaltige Material übersichtlich darstellt und sowohl die theoretischen Probleme, wie Symptomatologie, Diagnostik, Indikationen und verschiedene Arten der operativen Therapie eingehend würdigt. Von den übrigen Mitteilungen ist diejenige Fischers hervorzuheben, welcher sich mit den Ursachen des plötzlichen Todes nach den Hirndruck entlastenden Eingriffen in der hinteren Schädelgrube befaßt. Es finden sich in diesen Fällen im verlängerten Mark und seiner Nachbarschaft kleinste Blutungen, welche als Folgen der plötzlichen Druckentlastung zu erklären sind; diese bewirken Kreislaufstörungen, welche wieder zu Ödem, zu Blutungen und hierdurch zu Ernährungsstörungen und Funktionsausfälle der lebenswichtigen Zentren des verlängerten Markes führen. Deshalb empfiehlt es sich, die Dura nicht auf einmal breit zu spalten, sondern langsam bei dieser Etappe vorzugehen.

Babitzky berichtet über 50 druckentlastende Eingriffe bei Geschwulst und 30 bei Hydrocephalus. Die Entlastungstrepanation führte in 2 Fällen von „Pseudotumor" zu vollkommener Heilung; wenn sie nützen soll, muß auch diese Operation früh ausgeführt werden. Die verschiedenen entlastenden Eingriffe sollen miteinander kombiniert werden (z. B. subtemporale Dekompression mit Balkenstich usw.); viele Nachteile und

Unzulänglichkeiten der einzelnen Verfahren werden in dieser Weise ausgeschaltet. Babitzky hebt auch die Ursachen der Mißerfolge bei Balkenstich hervor; diese sind Blutungen, Infektion, Sinusthrombose, Anomalien der Falx, welche zu falschen Wegen Anlaß geben können. Sehr große Wasserköpfe sind überhaupt nicht mehr zu operieren.

Mysch berichtet über 10 dekompressive Trepanationen (ein Todesfall) und 7 Balkenstiche (2 Todesfälle). Die dekompressive Trepanation ist in erster Reihe bei Hirngeschwülsten, der Balkenstich bei übermäßiger Flüssigkeitsansammlung in den Ventrikelhöhlen angezeigt. Beim Balkenstich muß man achten, daß nicht zu viel vom Liquor abgezapft wird. Hierauf führt der Verf. seine Todesfälle zurück.

Nach Bliedung bildet die Stauungspapille bei Geschwülsten eine absolute Indikation zur frühzeitigen Entlastungstrepanation, hingegen kann die Stauungspapille bei Gehirnlues auch durch medikamentöse Behandlung günstig beeinflußt werden; wirkt diese nicht prompt, können wiederholte Lumbalpunktionen von Nutzen sein, im mitgeteilten Falle wurde der Balkenstich ausgeführt.

Reyher empfiehlt die Entlastungstrepanation bei der prämatur synostotischen Stenocephalie der Kinder, wenn diese cerebrale Erscheinungen (Kopfschmerz, Erbrechen) und hauptsächlich Sehstörungen hervorruft. Allerdings ist nur die rechtzeitige Operation von Wert, d. h. solche, welche im Beginn der Sehstörung (zumeist das 2.—5. Lebensjahr) stattfindet. Auch muß sie an richtiger Stelle ausgeführt werden, beim brachycephalischem Turmschädel z. B. am Occiput.

Sharpe empfiehlt die dekompressive Trepanation bei zerebraler Kinderlähmung, wenn diese mit intrakranialer Drucksteigerung einhergeht (ca. 12% der Fälle), resp. wenn dieser Druck das Doppelte der Norm erreicht. Bei mäßigeren Drucksteigerungen Schilddrüsen- und Thymustherapie. Auch Green empfiehlt bei chronischer Steigerung des Hirndruckes nach Verletzungen Thyreoideaextrakte.

Marburg sah bei Fällen, wo die subtemporale Entlastung den gesteigerten Hirndruck nicht herabsetzen konnte, von fortgesetzter Darreichung von Jodnatrium, von Thyreoidin kombiniert mit Theobrominpräparaten und auch von Epiglandol günstige Beeinflussung des Hirndruckes und empfiehlt deshalb diese in Fällen, wo die Dekompressivtrepanation versagte, oder auch statt dieser. Noch besser hat sich die Röntgenbestrahlung der Plexus chorioidei bewährt, deren günstige Wirkung auf die Stauungspapille und die Allgemeinerscheinungen des Hirndruckes auch von v. Eiselsberg gerühmt wird.

Bezüglich der Entlastungstrepanation und Balkenstich siehe noch Verletzungen, Geschwülste, Hydrocephalus, Epilepsie.

D. Verletzungen, intrakraniale Blutungen.

Sharpe sah in einem Material von über 1000 frischen Hirnverletzungen grobe Zerreißungen des Gehirnes nur in 6%; in 56% der Fälle ist rein expektative Behandlung hinreichend. Operation wurde in 30% nötig, die Gesamtmortalität 39%, die operative 38%; während des Schocks und im Terminalstadium soll man nicht operieren. Bei Kindern kommt die operative Behandlung viel seltener in Frage (16%). Die Operation der Wahl ist die subtemporale Dekompression.

Auch Rang spricht der dekompressiven Trepanation das Wort. Der intraspinale Druck ist genau zu kontrollieren, geht dieser über 16—19 mm Hg, und sinkt der Puls bis zu 60, ist schon eine entlastende Operation zu empfehlen, bei 50 Puls und 20—30 mm Hg Druck ist sie — evtl. beiderseitig — dringendst auszuführen, bei Puls über 120 und Cheyne-Stockes-Atmung soll man lieber nicht mehr operieren.

Nach Holman und Scott soll man, wenn einseitige Pupillenstarre und Erweiterung derselben besteht, die Dekompression an dieser Seite ausführen, auch wenn andere Zeichen, z. B. Blutung aus dem Ohr, darauf hinweisen würden, daß die Verletzung die andere Seite traf.

Nach Jiano brachte die Entlastungstrepanation in 5 Fällen von veralteter Hirnverletzung auch nach Jahren Linderung der Beschwerden (Kopfschmerzen, Sprach-

störung), nur die Epilepsie wurde nicht beeinflußt. Nach Green kann der erhöhte Hirndruck traumatischen Ursprunges (z. B. nach Geburtstrauma) das Bild der spastischen Idiotie hervorrufen; diese weicht nach operativem Eingriff.

Munro tritt warm für die Jacksonsche Behandlung der frischen Schädelverletzungen mit Lumbalpunktionen allein ein. Diese soll beginnen, sobald der Patient sich vom Schock erholt hat, und 24stündlich wiederholt werden.

Auch Ruvertoni spricht sich auf Grund von elf Fällen für die wiederholten Lumbalpunktionen nach Schädelbasisbrüchen aus, ebenso Corbett, welcher auch die oft wiederholte manometrische Kontrolle des Lumbaldruckes befürwortet; nur bei extraduraler Blutung kommt eine Operation in Betracht. Green tritt ebenfalls für wiederholte Lumbalpunktion bei erhöhtem Hirndruck nach Verletzungen ein, wenn aber diese 12stündlich wiederholt in 48 Stunden keine Besserung bringt, ist subtemporale Dekompression am Platze.

Auch Holbrook tritt für die Behandlung mit Lumbalpunktion oder rechtzeitiger subtemporaler Dekompression ein; mit der Kontrolle des Lumbaldruckes muß man sogleich nach Aufhören der Schockwirkung beginnen. Naffziger beschreibt subdurale Liquoransammlungen nach Schädelverletzungen, welche durch traumatische Risse der Arachnoidea entstanden, zu Drucksteigerungen führen können. Von Lumbalpunktionen ist in diesen Fällen nur vorübergehender Erfolg zu erwarten, bei schweren Fällen muß die Dekompression ausgeführt werden. Auch Dowmann hält bei Hirnverletzungen , die eine durch Flüssigkeitsansammlung (zumeist zwischen Dura und Arachnoidea) bedingte Hirndruckerhöhung aufweisen, die Lumbalpunktion für wertlos, hier soll man Magnesium sulf. geben per os, per rectum oder intravenös. Früher hat er Kochsalz gegeben; durch 30proz. intravenös verabreichte Kochsalzlösung wird der Druck rasch herabgesetzt, später aber kommt es zum Ödem. Auch nach den vierjährigen Erfahrungen Fays wird Hirndruck nach Schädeltrauma durch Magnesium sulf. ausgiebiger und dauernder herabgesetzt, als durch die Dekompression. Bei Verabreichung per os muß die Flüssigkeitsaufnahme wesentlich eingeschränkt werden.

Laut Peet ist die Darreichung von Magnesium sulf. bei Schock, Blutung, Erbrechen, Wasserarmut des Pat. contraindiziert, hier soll hypertonische Ringerlösung intravenös angewendet werden. Um eine spätere Druckerhöhung zu vermeiden, soll man dazu Glykose geben, dies ist auch gegen den Schock wirksam und wirkt auch der Acidose entgegen.

Stulz und Stricker berichten von der Klinik Leriche über drei Fälle von Druckerniedrigung nach Kopftrauma. Die hierdurch bedingten Symptome (Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen, Nackensteifheit, Stupor, evtl. Coma) werden durch intravenöse Injektion von 20—40 ccm destillierten Wassers gebessert.

Meixner bezweifelt, daß die Gehirnerschütterung allein ohne anatomisch nachweisbare Verletzungen den Tod herbeiführen könnte; in Sektionsfällen findet man immer anatomische Läsionen, welche den Tod zur Genüge erklären.

Ingvar beschreibt Veränderungen in den Ganglienzellen von Mäusen und Fröschen, welche in toto zentrifugiert wurden (Dislokation des Nucleolus, bei längerer Zentrifugierung Zerreißung des Kernchromatins), und macht diese für die bei Gehirnerschütterung beobachteten Erscheinungen verantwortlich.

Trotter bespricht die Kopfschmerzen, welche zuweilen auch nach leichten Schädeltraumen, die mit nur kurz vorübergehender oder gar keiner Bewußtlosigkeit einhergingen, beobachtet werden können. Sie treten unmittelbar nach der Verletzung oder aber auch nur 2—3 Wochen später auf, wenn der Verletzte wieder seine normale Tätigkeit aufnehmen will. Deshalb müssen die Kopfverletzten längere Zeit in Bettruhe gehalten werden und sie sollen ihre Tätigkeit nur langsam wieder aufnehmen.

Benon bespricht die intermittierenden oder dauernden Angstzustände, welche nach Schädelverletzungen, aber auch nach anderen Traumen entstehen und den Patienten durch Monate und Jahre belästigen können.

Trautmann bespricht die psychischen Folgezustände von Gehirntraumen, Geistesstörungen und epileptiforme Erscheinungen, welche zum Teil progressiv sind; doch können sich auch schwere Kommotionspsychosen bessern.

Clausen beschreibt einen Fall, wo schwere psychische Veränderungen des Patienten mit Tobsucht nach Entfernung der Fragmente einer Impressionsfraktur prompt nachließen.

Choroschko beschreibt einen Fall von Hirnverletzung (Schuß), nach welcher rechtsseitige Lähmung mit linksseitiger Apraxie, letztere infolge von Läsion des Gyrus supramarginalis, auftrat.

Finkelnburg widerspricht in einem Gutachten der Ansicht, daß posttraumatische Spätlähmungen der Augenmuskeln auch nach Jahren eintreten könnten; sie müssen sich in den ersten Wochen oder Monaten nach der Verletzung einstellen, wenn man einen Zusammenhang der Lähmungen mit der Verletzung annehmen soll.

Smidt berichtet über zwei Fälle von traumatischer Spätapoplexie; das Trauma lag in einem Fall 8 Tage, im anderen 4 Wochen zurück; das ursprüngliche Trauma muß nicht schwer sein, auch muß es nicht mit einer schwereren Bewußtseinsstörung einhergehen.

Schwanacher bespricht die traumatischen Markblutungen, in deren Zustandekommen auch die Disposition des Patienten (Gefäßwanderkrankung, Hypertonie) eine nicht unerhebliche Rolle spielt. Die Differentialdiagnose zwischen diesen Blutungen und Apoplexie, wenn diese mit äußeren Schädelverletzungen infolge des Sturzes einhergeht, ist nicht ohne Schwierigkeiten.

Im Falle von Bolten führte ein subdurales Haematom über den Schläfenlappen mehr als 6 Wochen nach dem Trauma zum Tode. Patient verlor unmittelbar nach der Verletzung das Bewußtsein, kam aber nach 4 Stunden zu sich und fühlte sich in einigen Wochen dermaßen wohl, daß er auch zu arbeiten anfing; der Tod trat dann ziemlich plötzlich ein. Agostini beschreibt einen ähnlichen Fall; der Patient kam nach der Verletzung bald zu sich und nahm in 8 Tagen auch seine Arbeit wieder auf; nach 23 beschwerdefreien Tagen wieder Kopfschmerzen, zunehmende Hirndruckerscheinungen, psychische Störungen, am 56. Tage nach der Verletzung Exitus.

Koopmann beschreibt den plötzlichen Tod eines kleinen Mädchens infolge einer Blutung im Hinterhauptslappen. Das Kind wurde durch einen Schneeball auf der Stirne getroffen, erlitt aber keine äußere Verletzung, ging noch am anderen Tage in die Schule und starb plötzlich, als sie von dort zurückkam.

Im Falle von Owre wurde der Patient gesund, trotzdem er 7 Tage lang nach einer Verletzung der Schläfengegend in tiefem Koma lag.

Ferry beschreibt das Symptomenbild der Verletzung des hinteren Astes der Art. meningia media.

Nikolaysen berichtet über einen Fall von hochgradiger Glykosurie ($6^1/_2$—$7^1/_2$%), welche im Anschluß an eine meningeale Blutung auftrat und nach 6 Tagen plötzlich vollkommen schwand.

Citelli beschreibt einen Fall, wo nach der Radikaloperation wegen Otitis media plötzlich Kleinhirnsymptome mit Facialislähmung auftraten, als deren Ursache sich eine zu großem Haematom führende Blutung des Sinus sigmoideus erwies.

Putnam und Cushing schreiben auf Grund von elf Beobachtungen über die chronischen subduralen Blutergüsse, welche nach Traumen, aber auch spontan besonders bei Geisteskranken (Paralytikern) auftreten können. Alkoholismus nur in vier Fällen. Die Symptomatologie ist äußerst mannigfaltig, Therapie: breite osteoplastische Freilegung, evtl. zugleich Dekompression zur Verhütung des Hirnödems. Von 10 Operierten 3 gestorben.

Sharpe behandelt intrakraniale Haemorrhagien bei Neugeborenen mit Lumbalpunktion und Drainage, nur bei Erfolglosigkeit dieser Therapie wird operiert. Von

46 Patienten starben 29, von den 17 lebenden zeigen neun geistige und körperliche Defekte. Nach Hirnverletzungen bleiben auch oft Defekte zurück; nach Sharpe kann nur 34% der Hirnverletzten als geheilt betrachtet werden, aber auch zwei Drittel dieser haben Beschwerden, viele von ihnen weisen deutliche Zeichen gesteigerten Hirndrucks auf.

Ob es sich bei Störungen nach Schädeltraumen um rein psychogene Beschwerden handelt oder organische Veränderungen vorliegen (Arachnitis fibrosa, Blutungen), läßt sich nach Heidrich objektiv entscheiden, wenn man Druck und Resorptionsfähigkeit des Liquors bestimmt und auch die Encephalographie ausführt.

Nach Caccusi ist die Weil-Kaffkasche Hämolysinreaktion im Liquor auch 5 Monate nach Traumen des Schädels und der Wirbelsäule positiv, alle anderen Liquorreaktionen negativ.

Schmidt beschreibt einen Fall von Stichverletzung der rechten Schläfengegend, welche in den Ventrikel drang; bei der Operation, 3 Stunden nach der Verletzung, wurde auf die Ventrikelöffnung ein 5-Markstück großer Periostlappen ohne Naht aufgepfropft. Patient heilte. Laut Verfassers Meinung muß Drainage des Ventrikels prinzipiell gemieden werden, da sie zur Meningitis führt. In Baumanns Fall wurde die offene Ventrikelverletzung mit Pyoktaningaze locker tamponiert — die Wunde war arg verschmutzt und zerfetzt —, der Junge kam durch, und zwar mit ganz guter Funktion, trotz weitgehender Zerstörung der motorischen Region.

Krogius beschreibt einen Fall wo nach Verletzung der Stirngegend Luft im Seitenventrikel drang; bei der Sektion Bruch der Siebbeinplatte; im Schrifttum weitere acht Fälle von Pneumocephalus neben etwa 20 Fällen von extra- und intracerebraler Pneumatocele.

Eicken beschreibt einen Fall, wo nach einem endonasalen Eingriff Luft in die Schädelhöhle und auch in den Seitenventrikel drang.

Ranzi entfernte eine Kugel aus dem Sinus cavernosus, welche $4^1/_2$ Jahre lang daselbst lag und sehr heftige Kopfschmerzen, Kieferklemme und Blindheit am betreffenden Auge hervorrief. Sämtliche Beschwerden schwanden nach der Operation, selbst das Auge wurde sehend und der Patient arbeitsfähig.

Weller berichtet über einen Fall, wo eine Stopfnadel in die Oblongata eindrang; die Frau wurde tot gefunden.

Lears und Harweys Versuche zeigen, daß Verletzungen der Dura allein bei intakter Arachnoidea zu keinen Verwachsungen führen, hingegen verursachen schon kleinste Schädigungen der Arachnoidea auch bei intakter Dura Verwachsungen zwischen Pia, Dura und Arachnoidea.

Anhang. Melchior schreibt eingehend über die cerebrale Fettembolie; wichtig ist bezüglich der Diagnose der freie Intervall zwischen Verletzung und cerebralen Symptomen; diesen gehen oft noch pulmonale voraus. Gegenüber intrakranialer Blutung ist auch das Fehlen von intrakranialer Drucksteigerung (Druckpuls, Stauungspapille usw.) beweisend. Punktförmige Blutungen am Rumpf, Nachweis von Fett im Urin bestätigen die Diagnose.

Sarbó berichtet über eine Fettembolie des Gehirnes nach komminutivem Bruch des Unterschenkels, welche das Bild einer progressiven Paralyse darbot; er nimmt an, daß hauptsächlich Frontal- und Parietallappen betroffen waren. Heilung.

E. Hirnabsceß.

Die Arbeit von Körner und Grünfeld umfaßt das Gesamtgebiet der otitischen Erkrankungen des Gehirns, Gehirnhäute und Blutleiter und bietet ein vollständiges Bild der Pathologie, Symptomatologie, Diagnose und Therapie der hierher gehörigen Erkrankungen.

Huizinga schreibt über die intrakranialen Komplikationen bei akuter und chronischer Mittelohrentzündung auf Grund von Beobachtungen an 110 Patienten mit 46 Hei-

lungen. Von 28 Hirnabscessen (6 akut, 22 chronische Mittelohrentzündung) heilten 10, (2 akut, 8 chronisch), von 57 Sinusthrombosen (25 akut, 32 chronisch) heilten 33 (17 akut, 16 chronisch), von 27 Fällen von eitriger Meningitis heilten 3, von den Hirnabscessen waren 4 cerebellare, geheilt 1. Die Diagnose des Hirnabscesses wurde in 14 Fällen richtig gestellt.

Bagley bespricht ausführlich die Infektionswege und die Beschaffenheit der Absceßwandungen bei Gehirnabscessen, welchen eine ausschlaggebende Bedeutung bezüglich der Prognose zukommt. Von 20 Fällen 17 operiert, hiervon starben 8, die 3 unoperierten kamen ebenfalls ad exitum. Auch Elsberg betont, daß die Prognose viel besser ist in Fällen, wo eine Absceßmembran vorhanden ist, als wo solch eine fehlt, und die Wände des Abscesses die infizierte Hirnsubstanz bildet. Auch in akuten Fällen mag man eine Absceßmembran finden, in chronischen fehlt sie selten. Diese Membranbildung hängt von der Lokalisation und der Ursache des Abscesses ab; Schläfenlappenabscesse haben auch in frischen Fällen eine Absceßmembran, Kleinhirnabscesse haben keine. Bei Stirnhirnabscessen findet man nach Stirnhöhleneiterung eine Absceßmembran, nach Orbitalphlegmone keine.

Nach Sharpe haben die subduralen, supracorticalen otogenen Abscesse eine viel bessere Prognose als die subcorticalen, welche eine Mortalität von 62% aufweisen. Unter 27 Fällen 17 Todesfälle.

Coleman berichtet über zehn Fälle von subcorticalen Hirnabscessen, von welchen zwei nach Operation, einer unoperiert gestorben.

Schramm berichtet über eine Mortalität von ca. 60% bei verschiedenen Arten von Hirnabscessen.

Winkelbauer und Brunner beschreiben sieben Fälle von traumatischen Stirnhirnabscessen, hiervon fünf diagnostiziert. Die Erfolge sind von der Frühdiagnose abhängig; sie empfehlen Eröffnung in akuten Fällen durch das Orbitaldach, bei chronischen durch das Stirnbein; die Mortalität in ihren Fällen war 28%.

Eagleton stellt 131 Obduktionsbefunde von Kleinhirnabscessen zusammen, hiervon 103 otogen; die Mehrzahl dieser ist labyrinthären Ursprungs (45—60%). 34% entstanden infolge von Sinusthrombose. Die Heilungsziffer ist in größeren Statistiken nicht höher als 11%. Der Sinus sigmoideus verhindert in einem beträchtlichen Teil der Kleinhirnabscesse deren genügende Eröffnung, deshalb arbeitete er an der Leiche eine Methode aus, den Kleinhirnabscessen durch den Sinus beizukommen.

Fremel beschreibt eine zentrale Form der Kleinhirnabscesse, welche er bisher nicht beobachtete (vgl. diese Jahresberichte 1923, S. 309). Diese Form wächst von Zentrum des weißen Marklagers exzentrisch nach allen Seiten hin; sie ist durch die Gefäßverteilung in der Kleinhirnhemisphäre bedingt.

Brunner fand in einem Kleinhirnabsceß Fremels Angabe, daß der Absceß am Rindengrau halt macht, nicht bestätigt; es stellten sich sogar schon im frühen Stadium in allen Schichten dieses deutliche Veränderungen ein.

Hoffmann gibt auf Grund von sechs obduzierten Fällen die Beschreibung der anatomischen Lage der Schläfenlappenabscesse; diese sind birnförmig, dehnen sich im Mark dem Unterhorn zu aus und schreiten in die Rinde nur beim längeren Bestehen oder bei Meningitis fort. Ihre Verbreitung ist von der Einbruchspforte und der Gefäßverteilung abhängig.

Adam meint, daß die Hirnabscesse bei Bronchiektasien nicht als Metastasen aus der Lunge zu betrachten sind, sondern dadurch erklärt werden können, daß Bronchiektasien oft durch nicht beachtete Erkrankungen der Nasennebenhöhlen verursacht werden. Man soll deshalb bei jeder Bronchiektasie auf Nebenhöhlenerkrankungen fahnden.

Fink betont die relative Seltenheit der rhinogenen Hirnabscesse (6 von 240 nach Gowers).

Klemmer berichtet über einen Hirnabsceß, welcher im Verlaufe einer Aktinomykose entstand.

Drummond beschreibt einen otogenen Schläfenlappenabsceß, welcher in die Fossa temporalis durchbrach und die Haut über den Arcus zygomaticus vorwölbte.

Die Wichtigkeit der Frühdiagnose, ebenso die Schwierigkeiten derselben werden allgemein hervorgehoben. Für die Diagnose der traumatischen Stirnhirnabscesse sind, wie Winkelbauer und Brunner hervorheben, außer Lokalisation und Art der Verletzung, hauptsächlich psychische Veränderungen (Witzelsucht, Benommenheit, schlechte Perception), außerdem Kopfschmerzen, Klopfempfindlichkeit des Stirnbeins in erster Reihe maßgebend. Hingegen Temperatur und Liquor wenig charakteristisch.

Bonavincini bespricht die diagnostische Bedeutung der Aphasie bei Schläfenlappenabscessen otitischen Ursprungs. Die Aphasie ist ein deutliches Frühsymptom der Eiterung im Schläfenlappen bei Otitis media und ihre Art läßt auch eine nähere Lokalisation des Abscesses im Temporallappen zu.

Die Gefährlichkeit, besonders die Blutungsgefahr der Hirnpunktion bei otogenen Hirnkomplikationen wird von Fremel hervorgehoben. Unter 30 Hirnpunktionen 2 tödliche Blutungen, zwei, die den Tod beschleunigten und 2 geringere. Begünstigend für diese Blutungen sind venöse Abflußhindernisse (Sinusthrombose, Jugularisunterbindung), und die saugende Wirkung der Lumbalpunktion.

Daß bei Schwierigkeit der Diagnose Fehldiagnosen nicht selten vorkommen, wird auch mehrfach hervorgehoben, so berichtet Adson über 3 Fälle, wo eine lokalisierte Encephalitis mit Absceßsymptomen einherging, 2 Fälle nach einfacher Dekompression, einer ohne Operation geheilt.

Della Torre fand in einem Falle, wo die Symptome für otitisschen Hirnabsceß sprachen, eine Meningitis serosa basillaris.

Daß große Abscesse lange Zeit ohne schwerere Symptome bestehen und jahrelang fortdauern können, beweist die Beobachtung Lindebergs, wo ein Absceß des Occipitallappens nach vorn bis kurz vor die Gegend der Stammganglien reichte und auch in den Hinterhorn des Seitenventrikels durchbrach, letzterer war durch eine bindegewebige Kapsel von den übrigen Teilen des Seitenventrikels abgegrenzt. Der Patient hatte schon vor 5 Jahren Kopfschmerzen und hemianopische Sehstörungen, und es ist anzunehmen, daß diese den Anfang der Absceßbildung bedeuteten.

Die Bedeutung der Liquoruntersuchung wird mehrfach hervorgehoben; nach Borries spricht ein bei wiederholter Untersuchung festgestelltes gutartiges Liquorbild bei Verschlechterung der übrigen Symptome gegen Meningitis und für Hirn- oder Subduralabsceß. (Siehe auch Karbovski, Yerger im Abschnitt F.)

Bezüglich der Operation findet man die üblichen Widersprüche. Während die einen das Angehen der Abscesse durch eine möglichst kleine Knochenlücke empfehlen, z. B. Elsberg, Coleman usw., empfehlen die anderen breite Freilegung, besonders wenn die Lokalisation nicht ganz pünktlich ist (Schramm) oder auch prinzipiell (King). Die einen machen im Absceß nur eine so große Öffnung, daß eben eine Drainröhre eingeführt werden kann, oder eröffnen diese nur mit einem stumpfen Instrument, welches neben der Punktionsnadel vorgeschoben wird, z. B. mit einer Hohlsonde oder mit einem dem Kilianschen Nasenspeculum ähnlichen Instrumente, wie sie z. B. Hütten beschreibt, andere empfehlen Spülung (Körner), Wein betont die Wichtigkeit der genauen Inspektion der Absceßhöhle, um evtl. Retentionen, Tochterabscesse, zu erkennen. Die radikalste Methode gibt King an, welcher die gesamte Gehirnsubstanz, welche den Absceß bedeckt, entfernt. Die Hirnhernienbildung, welche im allgemeinen sehr befürchtet wird, wird von ihm nicht vermieden, es wird sogar bis zu einem gewissen Maße angestrebt, da nach seinen Ausführungen hierdurch die Heilung befördert wird. Allerdings sprechen seine Erfolge — von sechs in dieser Weise operierten Fällen kein Todesfall — für sein Verfahren. Auch die Frage der Tamponade und Drainage fällt bei diesem Verfahren weg. Von anderer Seite wird von Elsberg Gummirohr, welches wenigstens 3 Wochen lang nicht gewechselt werden soll, von Körner die Rosersche Tracheomotiekanüle, von

Bárány Sterofilpapier, von Errekart einfache, von Sharpe doppelte Glasröhre usw. empfohlen.

Bárány empfiehlt bei Großhirnabscessen durch Lumbalpunktion, bei Kleinhirnabscessen durch Ventrikelpunktion oder Balkenstich den Hirndruck herabzusetzen um in dieser Weise dem Durchbruch des Abscesses entgegenzuwirken. Doch wird von anderer Seite mit Recht hervorgehoben, daß die plötzliche Erniedrigung des Hirndrucks durch Lumbalpunktion zum Durchbruch des Abscesses in die Hirnventrikel (Meyer) resp. zur Lösung von Adhäsionen um den Absceß auch nach dessen Eröffnung (King) führen mag. Neben Spaltung und Drainage wird zur Behandlung der Hirnabscesse als Adjuvans Autovaccine oder Delbetsche Vaccine empfohlen (Schramm, Uffenrode).

Es sei noch die Mitteilung von Hersch erwähnt, laut welcher die Hirnpulsation bei Absceß dann ausbleibt, wenn der Absceßinhalt unter großer Spannung steht und die Schädellücke kleiner ist, als das erkrankte Hirngebiet.

F. Meningitis.

Eine schöne Methode der Dauerdrainage der Cisterna magna bei eitriger Meningitis gibt Dandy. Von vier in dieser Weise operierten Patienten starb nur einer. Leider verspricht die Methode nur bei durch Staphylokokken und durch Streptokokken hervorgerufene Meningitis gute Resultate, da hier das Exsudat wenigstens im Frühstadium genug dünnflüssig ist, um eine genügende Ableitung zu ermöglichen.

Eine Reihe von Arbeiten befaßt sich mit der Behandlung der otogenen Gehirnhautentzündungen. Nach Eagleton bleibt die otogene und rhinogene Meningitis lange Zeit, oft wochenlang, lokalisiert, und zwar ist der Prozeß beim Ursprung von den Mastoidzellen auf die Cisterna interpeduncularis, bei dem vom Sinus sigmoideus ausgehenden auf die Cisterna cerebellomedullaris, bei dem vom Labyrinth ausgehenden auf die Cisterna pontis beschränkt. Auch die von der Stirnhöhle ausgehende Infektion befällt zunächst nur eine circumskripte Stelle des subduralen bzw. subarachnoidealen Raumes an der Konvexität. Nur die von der Blutbahn aus entstandene Infektion ist von Anfang an generalisiert. Der Erfolg der Therapie hängt in erster Reihe von der frühzeitigen Diagnose ab; man muß der infizierten Cerebrospinalflüssigkeit Abfluß verschaffen, bevor sich noch die Symptome der allgemeinen Meningitis einstellen. Deshalb ist frühzeitige Freilegung der Dura von der primären Operationswunde oder vom Occiput aus und Punktion der infizierten basalen Zisterne geboten. Er begnügt sich mit Punktion und Nachfüllung mit warmer Ringerscher Lösung. Durchspülung gegen den Lumbalsack ist schädlich, es können hierdurch Adhäsionen zerstört werden. Zur Ruhigstellung und gründlichen Entleerung der Zisterne trägt auch die Carotisunterbindung bei, auch wird hierdurch der Hirnprolaps verhütet. Er empfiehlt auch die Transfusion von Blut von Spendern, die eine Otitis oder Sinusthrombose durchgemacht hatten.

Goerke spricht ebenfalls der frühzeitigen Freilegung der Dura über der erkrankten Stelle nach Radikaloperation der primären Erkrankung (Mastoid- und Labyrintheiterungen) und Drainage des Subarachnoidealraumes durch die Cisterna pontis (Holmgren, Bárány) das Wort (5 Fälle mit 2 Heilungen). Nebenbei Lumbalpunktionen und Neutralisation der eingedrungenen Erreger durch Urotropin und Trypaflavin.

Meyer empfiehlt ebenfalls bei otogener Meningitis nach radikaler Ausräumung des kranken Gebietes und Entfernung der kranken Knochenabschnitte, die Dura breit freizulegen und wenn dieselbe stark gespannt ist, oder bei Punktion eiterhältig, sie zu spalten und mit Gazestreifen breit zu drainieren. Daneben häufig wiederholte ausgiebige Lumbalpunktionen.

Ebaugh empfiehlt bei traumatischer Meningitis Durchspülung durch Zisternenpunktion und Lumbalpunktion. Auch zur Prophylaxe eines subarachnoidalen Blocks nach Cerebrospinalmeningitis abwechselnde Durchspülung mit Serum durch Zisternen- und Lumbalpunktion.

Cestan und Riser empfehlen intrakraniale Serumtherapie bei Meningokokkenmeningitis. Durch eine kleine Trepanationsöffnung wird der eine Seitenventrikel punktiert und durch eine gleichzeitig ausgeführte Lumbalpunktion kann man auch mit Kochsalz oder antiseptischen Farbstofflösungen spülen. Allerdings ist eine gewisse Quantität Liquor (40—60 ccm) durch Serum zu ersetzen.

Royster berichtet über die Behandlung eines Falles von traumatischer Streptokokkenmeningitis mit Gentianaviolett. Verzögerung des Verlaufes, doch endete der Fall in 3 Wochen tödlich.

Rieder berichtet über die Heilung einer Pneumokokkenmeningitis durch wiederholte Lumbalpunktionen ohne Optochin; er beurteilt überhaupt die Erfolge der chemotherapeutischen Mittel sehr skeptisch und meint, daß die von anderen Autoren gemachten guten Erfahrungen mit Optochin nicht diesem, sondern der wiederholten Lumbalpunktion zuzuschreiben sind.

Auch Mühsam weist darauf hin, daß akute Meningitiden verschiedener bakterieller Ätiologie durch wiederholte Lumbalpunktionen allein und ohne Anwendung anderer Mittel geheilt werden können.

Maloens erreichte mit häufigen und reichlichen Lumbalpunktionen bei einer eitrigen otitischen Meningitis Heilung. Außerdem Septicemin (Urotropin + Jod) intravenös. Im Lumbalsack soll man keine Medikamente injizieren.

Boros berichtet über einen Fall von eitriger Meningitis nach Lumbalanästhesie mit Novocain. Heilung nach Lumbalpunktionen; außerdem Urotropin und Trypaflavin intravenös, doch mißt diesen Verf. wenig Wichtigkeit im Heilerfolge bei.

Symonds beschreibt einen Fall von Meningitis nach diagnostischer Lumbalpunktion (Staphylococcus aureus). Heilung durch Durchspülung mittels Zisternen- und Lumbalpunktion.

Levy und Cohen berichten über die Heilung einer schweren Pyocyaneusmeningitis, welche nach einer diagnostischen Lumbalpunktion entstand.

Auch Klieve und Koch berichten über einen Fall von Pyocyaneusmeningitis: diese entstand infolge einer Stomatitis aphthosa. Heilung nach wochenlangem Verlauf.

Dervieux und Piedelièvre berichten über zwei Fälle von schnell tödlicher Meningitis nach Gesichtstraumen. In einem Falle Bruch der Orbitalplatte, welche in das Siebbein reichte, im anderen kein Schädelbruch und der Zusammenhang zwischen Trauma und Meningitis nicht geklärt.

Yerger fand bei Liquoruntersuchungen in 155 Fällen von oto- und rhinogener Meningitis regelmäßig Veränderungen im Liquor. Dieselbe war bei seröser Meningitis klar, der Druck erhöht, Zellgehalt 15—250 im Kubikzentimeter, bei eitrigem trüb, Zellgehalt von über 250 bis zu mehreren 100000. Beim Hirnabsceß ist der Zellgehalt, wenn keine Meningitis zugleich besteht, unter 500. Extraduralabsceß ist gewöhnlich von seröser Meningitis begleitet, bei subduralem Absceß besteht circumskripte Meningitis. Wenn der Liquor normal ist, kann man Meningitis, Hirnabsceß, Sub- und Extraduralabsceß ausschließen. Bei geringer Zellzahl, unter 250, Verdacht auf Extradural- oder Hirnabsceß, bei mittleren Zahlen muß man an Hirnabsceß, Subduralabsceß, Meningitis denken, hohe Zahlen — über 5000 — sprechen für eitrige Meningitis. Die Mortalität bei Meningitis 88%, von 13 geheilten Fällen 5 epidemische Meningitis, 2 Staphylokokken, 1 Pneumokokkeninfektion, 5 fraglich.

Karbowski berichtet über 45 Fälle von Liquoruntersuchungen bei otogenen intrakranialen Komplikationen. Von 16 Fällen von Hirnabsceß war der Liquor 6 mal trüb, (4 Schläfenlappen-, 2 Kleinhirnabscesse) und 10 mal klar, (1 Kleinhirnabsceß, 9 Schläfenlappenabscesse). Von 17 Meningitisfällen war der Liquor nur 4 mal klar, diese heilten. Diejenigen Fälle, wo das Punktat von Anfang an trüb war, starben trotz Durchspülungen mit Sublimatlösung und intraduralen Injektionen von Autovaccine und Vuzinlösung.

Marcio befaßt sich mit den Augensymptomen, papilloretinales Ödem, evtl. mit Blutungen bei den Formes frustes der Meningitis serosa, welche außer diesen mit Kopfschmerzen, Übelkeit und erhöhtem Liquordruck einhergehen. Lumbalpunktion bringt Besserung, bei älteren Formen muß sie wiederholt werden.

Fritzsche bespricht den Zusammenhang der Meningitis serosa mit Trauma; welches für dieselbe eine örtliche Prädisposition schaffen mag. Es kann aber auch durch Reizung des Plexus zur Förderung der Liquorsekretion beitragen.

Della Torre sah einmal nach einigen Monaten nach einem Trauma, einmal einen Monat nach Otitis media eine Meningitis serosa in der mittleren Schädelgrube auftreten.

Gromski und Melanovski beschreiben ebenfalls eine Meningitis serosa nach Schädeltrauma, welche zu hämorrhagischen Stauungspapillen, stark gesteigertem Liquordruck und subfebrilen Temperaturen führte. Heilung nach wiederholten Lumbalpunktionen.

Bachmann und Strieck beschreiben 2 Fälle von Meningitis serosa, welche im Verlaufe von Polyarthritis resp. von Scharlach beobachtet wurden, und eine rezidivierende Form nach Schädeltrauma. Sämtliche Fälle durch Lumbalpunktion günstig beeinflußt und rasch ausgeheilt.

Koch beschreibt die seltene Heilung einer sicher tuberkulösen Meningitis bei einem 9jährigen Knaben; wiederholte ausgiebige Lumbalpunktionen.

Francioni zitiert die Statistik von Cramer und Bickel, laut welcher bis zum Jahre 1922 250 Fälle von geheilter tuberkulöser Meningitis beschrieben worden sind. Nach dem Autor können von diesen höchstens 50 als solche akzeptiert werden. Deshalb ist die Prophylaxe, die Steigerung der Abwehrkräfte des Organismus von größter Wichtigkeit.

G. Anderweitige entzündliche Prozesse der Schädelhöhle.

Esch teilt die Sektionsbefunde von 4 Fällen von Thrombosen der Blutleiter der Dura mit nach Tumoren des Nasenrachenraumes resp. nach zweizeitiger Kleinhirnoperation. Genaue histologische Beschreibung der Organisationsvorgänge in infizierten und nicht infizierten Fällen.

Schweinitz schreibt über die Ätiologie und Diagnose der Thrombophlebitis des Sinus cavernosus, Smith über diejenige der Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus und Day über die Therapie dieser Erkrankungen. Der thrombotisierte Sinus sigmoideus muß womöglich frühzeititig freigelegt und ausgeräumt werden, die Unterbindung der Vena jugularis ist unerläßlich. Hingegen läßt man bei Thrombose des Sinus cavernosus diesen am besten unberührt, nur der primäre Infektionsherd soll operativ angegangen werden.

Skrovaczevski berichtet über 14 Fälle otogener septischer Thrombophlebitis der Vena jugularis; er zieht den einzeitigen Angriff dem zweizeitigen vor; allerdings soll die Jugularisunterbindung der Sinusausräumung vorausgehen.

Tupia beschreibt 2 Fälle von Thrombophlebitis des Sinus sigmoideus durch Ausräumung und Jugularisunterbindung geheilt.

Engelhardt hebt die trüben Aussichten der Cavernosusthrombose hervor, obwohl ab und zu Heilungen vorkommen; eine Spontanheilung nach Nasenfurunkel wird beschrieben. Auch die Pathologie resp. der Zusammenhang mit Gesichtsfurunkel, mit Otitis media, Schläfenbeinostoemyelitis usw. wird besprochen.

Mathieu und Gamalea beschreiben 3 Fälle von Thrombophlebitis des Sinus cavernosus nach Zahnaffektionen, besonders solchen des Weisheitszahnes. Trotz der ungünstigen Prognose soll die Freilegung des Sinus durch die Wange, das Keilbein oder Orbita versucht werden. Dabei kolloidale Metalle, Vaccine- und Serotherapie.

Zange und Kindler machen aufmerksam, daß man die obtuierende Thrombose des Sinus sigmoideus dadurch erkennt, daß der Queckenstedtsche Versuch bei Kom-

pression der Jugularis der kranken Seite negativ, bei derjenigen der gesunden Seite positiv ausfällt. Auch Dowmann macht auf dieses Symptom aufmerksam.

H. Geschwülste.

Eine schöne Übersicht und treffende Einstellung der schwebenden Probleme der Gehirngeschwulstfrage bietet die Kongreßrede v. Eiselsbergs. Ein Fortschritt ist von der Verfeinerung der Diagnose und der Technik zu erwarten und der Chirurg, der sich mit der Chirurgie der Hirngeschwülste befaßt, muß nicht nur die Fortschritte der Technik erlernen, sondern muß auch selbständig die neurologischen Symptome zu deuten wissen.

Auch Payrs Arbeit über die Anzeigestellung und Behandlung der Hirngeschwülste umfaßt das ganze Thema und bietet sehr viel Lesenswertes nicht nur für den praktischen Arzt, für den es in erster Reihe verfaßt wurde, sondern auch für den Fachchirurgen.

Der Fortbildungsvortrag von Souttar bietet einen relativ kurzen, aber sehr guten Überblick über die Symptomatologie der Hirngeschwülste.

Monakow fand unter 100 Gehirntumorfällen seines Materials 30, wo ein Kopftrauma vorausging, Hauptsächlich bei Gliomen findet man Trauma in der Anamnese, die Latenzzeit zwischen Trauma und den ersten Tumorsymptomen schwankt zwischen 6 Monaten und 5 Jahren; unmittelbar nach dem Trauma treten wenigstens leichte Erschütterungserscheinungen auf, und in der Latenzzeit können auch „Brückensymptome" zugegen sein.

Neubürger fand unter 21 Gehirnen von Kriegsverletzten 3 Gliome. Er glaubt, daß außer der blastomatösen Entartung der in der Umgebung der Verletzung wuchernden Glia auch eine Geschwulstdisposition eine Rolle spielt, welche sich in einem der untersuchten Fälle durch zahlreiche Heterotopien der grauen Substanz auch histologisch kundgab.

Neiding beschreibt ein Gliom des Vierhügels, Crabb eine große verkalkte Hirngeschwulst in der Hemisphäre eines 15jährigen Jungen nach Trauma, welche durch Operation entfernt und geheilt wurde. Auch Lozano Monzon beschreibt eine Geschwulst nach Trauma — Osteom im Schläfenlappen —, nach dessen glücklicher operativer Entfernung die durch die Geschwulst verursachten epileptischen Krämpfe ausblieben.

In Cushings Klinik wurden bis 1. Mai 1923 1658 Patienten mit Gehirngeschwülsten resp. mit hierauf deutenden Symptomen behandelt, hiervon 868 histologisch verifizierte Geschwülste, und zwar 362 (41,7%) Gliome, 169 (19,5%) Adenome (hauptsächlich Hypophyse), 99 (11,4%) Meningiome (durale Endotheliome), 77 (8,9%) Neurinome (Acusticusgeschwülste), 54 (6,2%) kongenitale Geschwülste (und zwar 42 Cysten der craniopharyngealen Tasche, 8 Cholesteatome und Dermoide, 4 Teratome), 36 Granulationsgeschwülste (23 Tuberkel, 13 Syphilome), 34 metastatische Geschwülste, 13 (1,5%) Papillome (Plexus chorioideus), 8 (0,9%) Angiome. Die Gesamtmortalität bei der Operation von Hirngeschwülsten beträgt 15%.

Riehls histologische Studien wiesen nach, daß die sogen. Duralendotheliome sowohl von den Fibrillen der Dura, als vom Duraendothel und vom intradural gelagerten Zellzapfen der Arachnoidea ausgehen können.

Weiser beschreibt zwei Fälle, welche zeigen, daß Duralendotheliome nicht nur zur Hyperostosenbildung der dieselben bedeckenden Schädelknochen führen können, sondern auch an ihrer hirnwärts gelegenen Fläche Knochen bilden können. Allerdings kommt dies äußerst selten vor.

Globus und Strauss beschreiben an der Hand von 16 Fällen eine eigenartige Form des Glioms, das Spongiablastoma multiforme, welches aus einer embryonalen Vorstufe der Gliazelle hervorgeht und dementsprechend sich auch klinisch recht bösartig verhält.

Nach Sachs ist die Prognose der Gliome äußerst variabel. Cysten und abgekapselte solide Gliome bieten gute Prognose, bei Kleinhirngliomen muß man mit Rezidiven rech-

nen. Absolut ungünstig ist die Prognose der infiltrierenden Gliome in der Tiefe des Großhirns; ihre radikale Entfernung ist unmöglich.

Mühsam beschreibt 3 Fälle von Varicenbildung der weichen Häute und stellt die im Schrifttum bekannten Fälle von Angiomen des Zentralnervensystems und Varicenbildungen der Pia- und Duravenen zusammen. Umschriebene Angiome sind operabel, Varicen nur selten, besonders diejenigen des Rückenmarks sind in dieser Hinsicht ungünstig, ihre Unterbindung mag zu schädlichen Zirkulationsstörungen führen.

Auch Sachs betont die Schwierigkeit der Operation der Varicen der weichen Hirnhäute, sie sind leicht zerreißlich und schwer zu ligieren. Er berichtet über einen glücklich operierten Fall, wo die Venenerweiterung in der Pia des Rückenmarkes saß; die Patientin wurde als Simultantin angesehen, da ihre Symptome zuweilen deutliche Remissionen zeigten.

Gucci berichtet über die Sektion einer angiomatösen Geschwulst der Dura, welche zu eigentümlichen Jacksonschen Krämpfen und am Ende zum Status epilepticus führte.

Stiel beschreibt ein hühnereigroßes Cavernom des Gehirns, welches in der Gegend des Türkensattels saß (Sektionsbefund).

Borchard würdigt an der Hand von 2 Fällen die chirurgische Bedeutung der Gehirnaneurysmen. Die Diagnose ist schwierig, Irrtümer häufig, ein Eingriff kommt hauptsächlich in denjenigen Fällen in Frage, welche in Form von rezidivierenden Attacken zu Symptomen führen.

Woelck beschreibt ein hühnereigroßes Lipom des dritten Ventrikels, welches zufällig bei der Sektion eines 71jährigen Mannes gefunden wurde. Bisher 52 Lipome des Gehirns bekannt, jedoch keiner in dieser Lokalisation.

Ford und Washfield schreiben auf Grund von vier eigenen Beobachtungen und 28 der Literatur über Sarkomatose der weichen Hirnhäute, klinisch ist die gleichzeitige Erscheinung von Gehirn- und Rückenmarksymptomen, Nachweis von Geschwulstzellen im Lumbalpunktat und symmetrischer peripheren Lähmungen von Gehirnnerven charakteristisch.

Rivalora beschreibt 22 Fälle von Gehirnechinokokkus; bei Kindern ist das Gehirn die dritthäufigste Lokalisation des Echinokokkus. Bei Hirndruckerscheinungen ist womöglich frühzeitig zu operieren und die Cyste möglichst in toto zu entfernen; nur bei Vereiterung ist Drainage am Platze. Die Mortalität war 62%, in 38% Heilung.

Takács berichtet über den Sektionsbefund eines Cystericus racemosus der Hirnbasis. Klinisch bot die Frau das Bild seniler Demenz.

Bezüglich der Diagnose wird mehrerseits die große Wichtigkeit der Initialsymptome für die Lokalisation betont (Frazier, Bostroem, Schönbauer), welche oft Jahre zurückliegen. Im späteren Verlauf werden die Symptome immer mehr verwischt. Besonders durch den hohen Hirndruck werden die örtlichen Erscheinungen oft verschleiert und werden oft nur nach Herabsetzung dieses durch Ventrikelpunktion (v. Eiselsberg) oder dekompressive Trepanation (Cushing) klar. Während in manchen Fällen die Vorgeschichte sich auf mehrere Jahre erstreckt, kommt es in anderen Fällen schon binnen einigen Wochen zu den schwersten Erscheinungen. Wilson und Winkelmann berichten über 7 Fälle, wo die Tumorsymptome plötzlich einsetzten, die Ursache hierfür war 5mal Blutung, in den anderen Trauma bezw. Alkoholexzeß. Es handelte sich durchwegs um infiltrierende Gliome, die Prognose ist in diesen Fällen schlecht, der Verlauf kurz und stürmisch.

Nach Cadwalader ist die Jacksonsche Epilepsie keineswegs ein eindeutiges Symptom. Sie mag bei Erkrankungen der motorischen Rinde fehlen, besonders, wenn diese sich langsam entwickeln (Tuberkeln, Gummen), andererseits kommt es auch bei subcortikaler Lokalisation der Läsion zu typischen Jacksonschen Krämpfen. Je früher die Jacksonschen Krämpfe auftreten, desto größer ist ihr lokalisatorischer Wert.

Stenvers bespricht die Zwangshaltungen des Kopfes bei Hirngeschwülsten; er machte die Beobachtung, daß bei Geschwülsten oberhalb des Tentoriums der Kopf nach hinten, bei bestimmten infratentorischen Geschwülsten hingegen nach vorne gebeugt wird. Durch diese Zwangshaltungen werden die Abflußverhältnisse des Liquors gewissermaßen verbessert und die Oblongata von Druck befreit.

Das Röntgen gewinnt immer größere Wichtigkeit in der Diagnose der Gehirngeschwülste (v. Eiselsberg, Bostrœm, Schönbauer usw.).

Nach Elsberg und Schwartz spricht die diffuse Erweiterung der Diploevenen am Röntgenbilde nur für die allgemeine Druckerhöhung, hingegen ist eine circumskripte Erweiterung dieser Venen als ein lokalisatorisches Zeichen für Endotheliom zu verwerten.

Nach Sosmans Ausführungen auf Grund der Beobachtung von 1100 Hirntumoren machen die häufigsten Hirngeschwülste, die Gliome (42%) nur dann röntgenologisch sichtbare Veränderungen, wenn sie verkalken, was nur selten, bei langsam wachsenden Geschwülsten vorkommt; außer diesen sind in diesen Fällen nur radiologische Veränderungen, welche durch den erhöhten Hirndruck hervorgebracht werden. Adenome, welche zumeist aus der Hypophyse hervorgehen, verändern die Sella in charakteristischer Weise; Endotheliome (135 Fälle) sind in 49,6% durch örtliche Knochenveränderungen erkennbar, bei den 54 kongenitalen Geschwülsten sah man in 70% charakteristische, weiche, flockige Verkalkungsherde. Bei Aneurysmen der Carotis und des Circulus Willsii sieht man entweder eine scharf umschriebene Arosion der einen Seite der Sella, oder einen Kalkschatten des Aneurysmasackes, wenn diese arteriosklerotischen Ursprungs ist.

Verkalkte Hirntumoren werden von Crabb, Melkerson (2 Fälle, wahrscheinlich Tuberkulome) beschrieben, von Lozano Monzon ein Osteom des Temporallappens, welche röntgenologisch dargestellt wurden. Auch Sulliwan beschrieb eine Reihe von Verknöcherungen und Verkalkungen, die deutliche Röntgenschatten gaben. Geschwülste, Cysticercus, alte luetische und tuberkulöse Herde, Aneurysmen, alte Hämorrhagien mögen zur Verkalkung Anlaß geben, auch Osteome der Falx, Verknöcherungen des Tentoriums kommen vor, 3 Fälle von retrobregmatischer Ossifikation der Dura in der Nachbarschaft des Sinus longitudianalis werden ebenfalls beschrieben. Erwähnt seien hier noch Bertolottis Ausführungen über radiologische Diagnose der cerebellopontinen Geschwülste.

Die Ventrikulographie hat nach v. Eiselsberg nicht gehalten, was sie versprochen, auch Schönbauer nach den Erfahrungen von Cushings Klinik, sowie Bremer u. a. äußern sich gegen dieselbe; sie ist gefährlich und soll nur in Ausnahmefällen ausgeführt werden. Allerdings erfordert sowohl die Ausführung der Ventriculographie wie die Deutung der Bilder eine speziale Erfahrung. Um sich die Deutung der Encephalogramme zugänglicher zu machen, studierten Elsberg und Silbert die Verhältnisse der Hirnventrikeln vom Patienten, die an Hirntumor starben, an Paraffinausgüssen, und verglichen dieselben mit den am Lebenden gewonnenen Ventriculogrammen. Die Verhältnisse sind an den Röntgenbildern nur dann zu erkennen, wenn die Ventrikel gut mit Luft gefüllt sind. Bei supratentorialen Geschwülsten ist das Unterhorn, bei infratentorialen das Vorderhorn stärker erweitert. Bei Tumoren der hinteren Schädelgrube ist zumeist der kontralaterale Seitenventrikel mehr erweitert. Bei infiltrierenden Geschwülsten der Hemisphäre, welche dieselbe vergrößern, rücken auf der Seite der Geschwulst Seitenventrikel und Unterhorn auf der Vertikalprojektion auseinander, während sie sich auf der gesunden Seite einander nähern; bisweilen wird durch Druck auf das Foramen Monroi der Seitenventrikel der kontralateralen Seite erweitert. Durch oberflächlich liegende Geschwülste mag auch Erweiterung des gleichseitigen Ventrikels durch Kompression des foramen Monroi zustandekommen. Überhaupt wird durch solche oberflächlich liegenden Geschwülste derjenige Teil des Ventrikels, über welchem sie sitzen, komprimiert. Auch Elsberg betont die Wichtigkeit der Kalkablagerungen in den Geschwülsten und er mißt über-

haupt der Ventriculographie neben dem klinischen Bild eine große Wichtigkeit nicht nur in der Lokalisation der Geschwülste, sondern auch in der Ausarbeitung des Operationsplanes bei.

Blamoutier beschreibt eine Modifikation der Phenosulfophthaleinprobe von Dandy und Blakfan nach Cestan und Riser und würdigt ihre Bedeutung zur Feststellung der Kommunikation zwischen Hirnkammer und spinalem Subarachnoidealraum.

Sahlgren bespricht die Liquorveränderungen bei Hirngeschwülsten auf Grund von 25 Beobachtungen. Vermehrter Eiweißgehalt des Liquors in den sämtlichen 19 Fällen, welche die Oberfläche erreichten, bei den sechs in der Tiefe liegenden Tumoren konnte dies nicht nachgewiesen werden. Dieses diagnostisch wichtige Verhalten des Eiweißes im Liquor wird durch Exsudation aus dem Tumor oder durch Reizung der Meningen durch die Geschwulst erklärt.

Christiansen beschreibt 6 Fälle von Chiasmatumoren mit Pleocytose des Liquors, diese beruht auf eine rhinogene meningitische Reizung, wofür die Zerstörung des Knochens verantwortlich ist.

Van der Vloet hält die Lumbalpunktion in der Diagnose der Gehirngeschwülste für unentbehrlich. Die Gefahren sind gering, wenn man bei Geschwülsten der hinteren Schädelgrube nicht punktiert, beim hohen Liquordruck sich nur mit der Messung des Liquordruckes begnügt und auch in anderen Fällen nur 5—6 ccm tropfenweise wegnimmt.

Auch Mouriz hält die Lumbalpunktion, wenn sie mit Vorsicht ausgeführt wird, unschädlich, bei Tumoren der Hirnbasis soll man allerdings nicht mehr als 2 ccm entnehmen. Die Xantochromie fehlt häufig, auch die Goldsohlprobe ist nicht charakteristisch. Hoher Eiweißgehalt mit niedrigem Zellgehalt spricht für Hirntumor.

Die Wichtigkeit der Gehirnpunktion für Diagnose und Therapie der Gehirngeschwülste wird von Neisser erörtert. Diagnostisch kann nicht nur die Stelle, sondern auch die Art der Geschwulst bestimmt werden. was für die Wahl des Eingriffes von Wichtigkeit sein mag — allerdings besteht die Gefahr der Blutung. Therapeutisch mag die Entleerung einer Cyste, die Ventrikelpunktion bei Hydrocephalus Nutzen bringen. Das meiste mag sie bei subduralen Blutansammlungen leisten, das wenigste bei Abscessen, wo auch die Gefahr einer meningealen Infektion droht.

Hinsen beschreibt einen Fall von einer benignen Hypophysengangsgeschwulst, bei welcher nach $5^1/_2$jährigem Bestehen Liquorfluß aus der Nase eintrat. Hierdurch erhebliche Besserung bis zu einem leidlichen Grade von Berufsfähigkeit; nach 2 Jahren Tod an Meningitis. Der Liquor brach durch kleine Löcher in die Siebbeinzellen.

Bezüglich der Operationsstatistiken ist in erster Reihe diejenige v. Eiselsbergs hervorzuheben. Von 161 Operationen wegen Gehirngeschwülsten überstanden die Operation 98 Patienten, starben 63, zumeist infolge von Schock und Infektion; es lebten aber etwa 24% der wegen Hirntumoren Operierten über 7 Jahre. Auch die palliative Operation mag gutes leisten und ihre Erfolge können durch die Röntgenbestrahlung noch erhöht werden. Von 57 mit Balkenstich behandelten Fällen wurden 47 geheilt. Seitdem v. Eiselsberg Cushings Prinzipien befolgt, verlor er von 31 Operierten nur drei.

Sharpes operative Mortalität bei Hirngeschwülsten beträgt 19%, doch sind die Dauerresultate bei bösartigen Geschwülsten sehr ungünstig, keiner lebte über $3^1/_2$ Jahre. Bei Endotheliomen sind die Resultate allerdings wesentlich günstiger.

Bostroem berichtet, daß unter 23 versuchten oder durchgeführten Exstirpationen von Hirngeschwülsten seiner Beobachtung 15 starben, bei Entlastungstrepanation und Balkenstich war die Mortalität weniger als 50%.

Bremer spricht wegen der Gefährlichkeit der Radikaloperationen der dekompressiven Trepanation das Wort — subtemporal bei supratentorialer, subocciptal bei infratentorialer Lokalisation —, daneben Röntgenbestrahlungen; auch Salvarsan begünstigt die Rückbildung der Gliome.

Auch Stenwers und Waller empfehlen bei inoperablen Hirngeschwülsten die Entlastungstrepanation (besonders die suboccipitale bringt großen Nutzen) und nachherige Röntgenbehandlung.

Sehr gefährlich ist die Dekompression, speziell die suboccipitale, bei cerebellopontinen Geschwülsten. Sie mag direkt den Tod herbeiführen (Dandy).

Nach Elsberg sollen von infiltrierenden Geschwülsten nur die kleinen und oberflächlich sitzenden radikal operiert werden. Er geht nur bei den sicher oberflächlich liegenden Geschwülsten und den Hypophysengeschwülsten gleich radikal vor — diese bilden aber nur ungefähr 10% der Geschwülste —, sonst macht er nur eine kleine Trepanationsöffnung an der Stelle, wo der Tumor vermutet wird, orientiert sich durch subdurale Sondierung evtl. Punktion über die Lage der Geschwulst und es wird nur dann, wenn der Tumor oberflächlich liegt, darüber breit aufgemacht. Oberflächliche Cysten werden ausgeschält oder mit Zenkerslösung kauterisiert, bei tiefen begnügt er sich mit der Punktion. Bei tiefen malignen Geschwülsten nur einfache Dekompression.

Dandy geht tiefliegende Geschwülste durch funktionell unwichtige Hirnteile an, reseziert evtl. dieselben ausgedehnt; in dieser Weise entfernte er glücklich z. B. ein sehr großes Endotheliom von der Gegend über der Siebbeinplatte.

Lihotzki ebenso wie Pauli und Redwitz berichten über neue Konstruktionen des Meyerschen Hirnrheometers, mit dessen Hilfe die in der Tiefe liegenden Hirngeschwülste infolge ihrer, von normalem Hirngewebe abweichenden elektrischen Leitungsfähigkeit aufgefunden werden können, und berichten von eigenen und fremden guten Erfahrungen mit diesem Verfahren.

Sachs beschreibt eine Methode zur Freilegung des vorderen Teiles des Frontallappens, welcher gute Übersicht bietet und keine entstellenden Narben zurückläßt.

Auch Dandy gibt Schnittführungen an zur Meidung von entstellenden Narben bei Stirnhirn- und Hypophysenoperationen.

Pötzl berichtet über eine eigenartige Gangstörung bei Geschwülsten des Stirnhirns, auch die übrigen Syptome dieser werden erörtert und analysiert.

Horrax weist auf den Wert der komplexen visuellen Halluzinationen als Lokalsymptome einer Schläfenlappenerkrankung hin. Von 17 Fällen, in welchen dieses Symptom beobachtet wurde, fanden sich in 11 Schläfenlappengeschwülste bei der Operation; bei den übrigen 6 fand die Obduktion Geschwülste, welche wenigstens einen Teil des Schläfenlappens ergriffen.

Schwab stellt auf Grund von 6 Beobachtungen der Försterschen Klinik 3 Symptomengruppen auf, welche bei allgemeinen Tumorerscheinungen auf Sitz der Geschwulst im Schläfenlappen deuten. 1. Fall nach hinten und der herdgekreuzten Seite. 2. Spontanes Vorbeizeigen mit der herdgekreuzten Hand nach innen. 3. Herdgekreuztes halbseitiges Pallidumsymptom mit besonderem Hervortreten der mimischen Facialisparese.

Rand beschreibt 1 Fall von intrakranialer Dermoidcyste, welche sich in der linken Schläfenbeingrube zwischen Knochen und Dura befand und mit Erscheinungen einer Hypophysengeschwulst einherging. Die Entfernung des Inhaltes brachte zunächst weitgehende Besserung, nach Entfernung der Cystenwand in einer zweiten Sitzung Tod an Meningitis.

Hofmeister operierte mit Erfolg ein großes piales Epidermoid der Chiasmagegend mit 120 g Inhalt. Eingang durch einen Stirnschläfenlappen, partielle Entfernung der Cystenwand, hochgradige körperliche und psychische Besserung.

Ford beschreibt die Exstirpation eines Cholesteatoms des dritten Ventrikels, welches aus der Decke desselben ausging.

Pussep schreibt ausführlich auf Grund von 8 Fällen (3 Radikaloperationen, 5 Dekompressionen) von den Geschwülsten des Corpus striatum. Symptomatologie, Diagnostik und operative Behandlung werden erörtert.

Pötzl und Schloffer beschreiben eine genau analysierte Cyste des linken Schweifkerns, die durch Punktion durch das Stirnhirn entleert wurde. Da eine Eröffnung der Cyste infolge der großen Tiefe derselben (6 cm) außer Frage war, wurde sie in Kommunikation mit dem Ventrikel gebracht.

Neiding berichtet über ein Gliom des Vierhügels, welches nach Trauma entstand und am Krankenbett richtig lokalisiert war.

Corraglio schreibt über den Sektionsbefund einer Echinokokkuscyste im Hinterhauptlappen, welche auch Schläfen und Scheitellappen komprimierte und welche mit Kleinhirnsymptomen einherging; diese aber werden nicht auf direkte Kompression des Kleinhirns, sondern auf Schädigung der Pontotemporocerebellarbahnen zurückgeführt.

Horrax berichtet über 33 Fälle von Arachnitis der Kleinhirn- und Basalcisternen (9 akut und subacut, 19 chronisch), welche mit Erscheinungen von Kleinhirngeschwüsten einhergingen. Die Operation brachte in 14 Fällen Heilung, in 4 Besserung, 5 (15%) starben im Anschluß an den Eingriff. In 5 Fällen bestand Otitis media. Vielleicht spielt in der Ätiologie auch Influenza und Encephalitis eine Rolle.

Eagleton demonstriert die große Bedeutung der Vestibularis- und Gehörprüfungen für die Diagnose der intrakranialen Drucksteigerung und für die Lokalisation in der hinteren Schädelgrube. Auch Zimmermann hebt die diagnostische Wichtigkeit der Báránwritten Untersuchungsmethoden hervor. Hingegen berichtet Kompanejetz über eine Cyste im Kleinhirnwurm, wo er das Vorhandensein einer solchen auf Grund der Fallreaktion für ausgeschlossen hielt.

Klein analysiert das genau beobachtete Krankheitsbild, besonders die Zwangshaltung des Kopfes in einem Falle von tuberkulöser Erkrankung der Kleinhirntonsille. Er meint, daß die Tonsille die Kopfbewegungen, der Flocculus die Augenbewegungen reguliert, beide bilden im Bolkschen Sinne eine funktionelle Einheit; Läsionen der Tonsille haben isolierte Störungen der Kopfhaltung zur Folge.

Kudisch und Levantowski beschreiben 1 Fall von Gliosarkom, Lehotzki 2 Fälle von Angioma racemosum des Kleinhirns.

Schloffer berichtet über die fast totale Abtragung der rechten Kleinhirnhemisphäre wegen Tumor; nur ein kleiner, hauptsächlich nur den Nucleus dentatus umfassender Teil blieb zurück. Nach 18 Tagen blieben nur noch wenige Störungen zurück. Der Fall wird von Pötzl neurologisch genau gewürdigt.

Davis und Cushing beschreiben 6 Fälle von Papillomen des Choroidealplexus; zweimal erkrankte der Plexus chorioideus der Seitenventrikel, viermal derjenige des vierten. Die Papillome der Seitenventrikel wiesen auch Cysten auf.

Töppich berichtet über ein Carcinom des Plexus chorioideus des vierten Ventrikels bei einem 2jährigen Knaben mit zahlreichen Metastasen. Im Schrifttum nur 2 Fälle von zweifellosem Carcinom dieses Plexus, auch von anderen Plexusgebieten nur vereinzelte bekannt.

Wüllenweber beschreibt einen Fall von Aneurysma des Plexus chorioideus, welche zu Stauungspapille führte und rupturierte. Der Patient litt an rezidivierender Endokarditis. Im Schrifttum 6 analoge Fälle.

Gold berichtet über einen Fall von Ependymom des Bodens der Rautengrube; während der Operation Luftembolie durch ein Knochenemissarium, doch kam Patient nur 6 Tage post op. ad exitum.

Spiridinow berichtet über 8 Freilegungen der hinteren Schädelgrube, 3 Gliome, 1 Cyste, 2 solitäre Tuberkel des Kleinhirns, 1 Tuberkel der Schädelbasis, eine einfache Dekompression mit 5 Todesfällen.

Von Dobrotworskis 5 Trepanationen wegen Geschwülsten der hinteren Schädelgrube (ein Kleinhirn-, 4 Kleinhirnbrückenwinkel) nur einer genesen.

Olivekrona operierte 12 Fälle von Cysten resp. Geschwülsten der hinteren Schädelgrube mit 4 Todesfällen; womöglich einzeitige Operation, bei Acusticustumoren intrakapsuläre Enucleation.

Zimmermann ebenso wie Piffl sind für die translabyrintäre Operation von Acusticusgeschwülsten. Laut Piffl sind in der Literatur 9 geheilte Fälle vermerkt. Alexandrin berichtet über einen Fall, wo die translabyrintäre Entfernung nicht gelang; bei dem Versuch einer Exstirpation von hinten starb Patient nach der ersten Etappe.

Bertolotti berichtet über einen durch v. Eiselsberg operierten cerebellopontinen Tumor, ebenso Werenkin über einen durch Operation geheilten Fall von Kleinhirnbrückengeschwulst. In der Aussprache werden die entmutigenden Erfahrungen mehrerer russischer Chirurgen (Silberberg, Wolonkinow, Potokilo) mitgeteilt, nur Federow berichtet über einen geheilten Fall (2 Todesfälle) und Rose in Charkow soll 17 Fälle mit recht gutem Resultate operiert haben. Auch Zimmermann berichtet über drei Todesfälle nach der Operation von Kleinhirnbrückengeschwülsten.

Einen großen Fortschritt in der Behandlung dieser furchtbaren Krankheit, dessen bisherige schlechten operativen Resultate um so schmerzlicher waren, da die Diagnose und Lokalisation eben bei dieser Krankheit ziemlich sicher zu machen ist, bildet das Verfahren Dandys zur Totalentfernung der cerebellopontinen Geschwülste. Diese besteht lediglich darin, daß zuerst der Inhalt der Geschwulst intrakapsulär entfernt und die Kapsel sekundär, und zwar womöglich in derselben Sitzung, behutsam präparativ entfernt wird. Während die früheren Statistiken speziell die europäischen, horrible Mortalitätszahlen, bis zu 80% und mehr, aufweisen, kann Dandy nach dieser Operationsmethode von einer Serie von 5 Fällen ohne Todesfall berichten. Im Ganzen sah er 23 Fälle. 1 ohne Operation gestorben, 2, im Coma operiert, gestorben, 12, mit suboccipitaler Dekompression operiert, gestorben, 6 Enucleationen der Geschwulst in toto mit dem Finger, 4 gestorben, 2 geheilt, 4 intrakapsuläre Ausräumung, Enucleation der Kapsel mit dem Finger, 3 geheilt, 1 gestorben (Schluckpneumonie), 5 intrakapsuläre Ausräumung und nachher präparatorische Exstirpation der Kapsel, alle 5 Fälle geheilt.

I. Hydrocephalus.

Delvez und Fisket untersuchten anatomisch und klinisch den Zusammenhang zwischen Hydrocephalus, occipitaler Encephalocele und Spina bifida und zeigen, daß all diese Zustände dieselbe Ursache haben; Passagestörungen der Cerebrospinalflüssigkeit, welche zu Hydrocephalus führen, können auch zu Meningocele, Spina bifida und Encephalocele occipitalis führen, wenn sie zu einer Zeit auftreten, als sich der knöcherne Schädel resp. Rückenmarkskanal noch nicht geschlossen hat.

Lehmann befaßt sich mit den abnormen Konfigurationen des Hydrocephalus; sie sind vom hydrostatischen Innendruck und den ihm Widerstand leistenden Momenten bedingt und somit von rein mechanischen Faktoren abhängig.

Mitchel und Zelig geben eine colorimetrische Methode mit Phenolsulfophthalein an zur Schätzung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Hydrocephalus.

Bezüglich der operativen Behandlung tritt Koljubakin für die autoplastische Drainage der Ventrikel mit einem T-förmigen Duralappen ein. Lissberg und Batasew drainierten den Seitenventrikel in zwei Fällen mit einem Venenstück und einmal mit einem zur Schnur gedrehten Netzzipfel unter die Haut.

Vana empfiehlt bei kongenitalem Hydrocephalus anstatt der orbitalen Drainage der Hirnkammer nach Hildebrand eine infratemporale, da nach orbitaler Drainage Schwellung der Augenlider zurückbleibt.

Sokolowski und Irger hatten den ähnlichen Gedanken, sie führen einen aus dem Bichatschen Fetttropfen gebildeten Lappen durch eine temporale Öffnung in das Unterhorn zur Dauerdrainage des Ventrikels bei Hydrocephalus. 4 Fälle mit einem Todesfall. Dauerresultate unbekannt.

Heile machte bei einem 8 Monate alten Kinde, bei welchem nach der Operation einer Spina bifida ein Hydrocephalus entstand, Nephrektomie links und pflanzte das Becken der entfernten Niere in den Duralsack. Die Spasmen, die vor der Operation bestanden, gingen zurück. Drachter machte 1917 einen ähnlichen Versuch, doch das Kind starb 2 Tage post op.

Brady empfiehlt Zisternenpunktion, Avoni dekompressive Trepanation bei Hydrocephalus, Babitzky (s. auch im Abschnitt C) die operative Behandlung (Balkenstich mit dekompressiver Trepanation nach Cushing oder Hildebrandscher Operation) mit interner Darreichung von Thyreoidenextrakt zu kombinieren.

Marriot sah in Fällen von kommunizierendem Hydrocephalus von Diuretindarreichung gute Wirkung.

K. Hirnhernien.

Lanzert befaßt sich auf Grund von histologischen Untersuchungen mit der Genese der angeborenen Hirnhernien. Es handelt sich um eine Dystopie des Nervenrohres, welche in einer früheren Periode der Entwicklung zustande kommt und sich mit einer fehlerhaften Skelettbildung vergesellschaftet.

Saito teilt einen Fall von Meningo-Encephalo-Cystocele mit Hydromyelie und spinaler Giilose mit, welcher dafür spricht, daß es sich um Störungen im Verschluß des Neuralrohres handelt.

Polysadowa berichtet über einen operierten Fall von kongenitaler Hirnhernie in der Gegend der kleinen Fontanelle mit Heilung. Hirnhernien besitzen eine gewisse Neigung zur Spontanheilung, indem Nervengewebe durch Bindegewebe ersetzt wird. Die Operation ist weniger gefährlich, wenn diese Veränderung bereits eingetreten ist.

Grisanti berichtet über die Operation einer orangegroßen occipitalen Encephalocele. Patient heilte, erlitt aber eine schwere Schädigung des Sehvermögens.

Safranek weist auf die Gefahr hin, daß die nasoethmoidalen und nasoorbitalen Hirnhernien der Schädelbasis den Rhinologen leicht irreführen, indem dieselben Mucocelen, Polypen oder anderweitige Geschwülste vortäuschen und operative Angriffe an diesen zu unerwarteter Eröffnung der Schädelhöhle, Liquorfluß und Meningitis führen können. Dies war auch der Fall bei dem durch S. operierten Mädchen, doch heilte hier die Meningitis aus.

Die Cerebralhernien nach Craniotomie sind nach Torchiana nicht nur von der Schädelöffnung und der intrakranialen Druckerhöhung, sondern auch von der Oberflächenspannung des Hirnmantels abhängig.

Scheele berichtet über die operative Beseitigung einer occipitalen Liquorcyste, welche nach Entlastungstrepanation wegen Meningitis serosa zurückblieb.

L. Epilepsie.

Dandy und Elmann konnten bei Katzen, welchen 4—20 Wochen zuvor eine Gehirnverletzung zugefügt wurde, dadurch epileptische Anfälle auslösen, daß sie ihnen einige Kubikzentimeter einer 10proz. Wermutemulsion in den Magen brachten. Bei minimalen Dosen einseitige Krämpfe ohne Bewußtseinsverlust. Am sichersten werden die Anfälle bei Verletzungen der motorischen Region ausgelöst, Kleinhirn- und Occipitallappenverletzungen sind weniger wirksam.

Geitlin bespricht die mikroskopischen Veränderungen der Hirnrinde bei genuiner Epilepsie; durch die wechselnde Ausbreitung und Lokalisation der charakteristischen Veränderungen wird die verschiedene Reaktion des Hirnes auf toxische und vasomatorische Störungen bedingt. Es handelt sich lediglich um die Herabsetzung des hemmenden Einflusses der Hirnrinde.

Bichowski sah unter 43 Hirnverletzungen des Schädels 16 Fälle von Jacksonscher Epilepsie; die ersten Symptome zeigten sich in der Regel in der zweiten Hälfte des

ersten Jahres. Ob der Epilepsie mit Schädelplastik vorzubeugen sei, hält der Verf. für fraglich.

Nach den Beobachtungen Pfeifers tritt die traumatische Epilepsie in 44,4% der Hirnverletzten der Kriegszeit (111 von 360) auf; bei einem Drittel dieser Patienten zeitlich getrennte oder als Aura auftretende sensible oder sensorische Anfälle, bei 12 Pat. Dämmerzustände. 9,2% der Fälle Anfälle ohne Bewußtseinsverlust, 4,4% Ohnmacht oder Schwindelanfälle ohne Krämpfe. Die verschiedensten Lokalisationen der Hirnverletzungen mögen zu epileptischen Krämpfen führen, doch ist die Prädilektionsstelle die motorische Region. Bei motorischen Jacksonschen Anfällen ist immer die Zentralregion, bei den viel häufigeren sensiblen Anfällen die Zentralparietalregion, bei optischen Reizerscheinungen die Occipitalregion betroffen.

Gordon befaßt sich auf Grund von 100 Fällen mit der traumatischen Epilepsie; hiervon nur in 31 grobe Schädelverletzungen, in 69 fehlen solche (15 Frakturen der Extremitäten, 57 Kommotionen); in dieser letzteren Gruppe ist das Trauma nur als auslösendes Moment zu betrachten. In der Anamnese wurden immer disponierende exogene oder endogene Momente gefunden; eine Operation ist in diesen Fällen zu widerraten. In der ersten Gruppe der Fälle ist die Operation auch nur dann indiziert, wenn die Epilepsie rasch nach dem Trauma eintrat, in den Spätfällen ist nur dann ein Erfolg wahrscheinlich, wenn oberflächliche Narben entfernt werden können.

Pötzl und Schloffer konnten ein Gehirn während des epileptischen Anfalles beobachten; während des Anfalles wölbt sich die Hirnmasse vor, die Hirnpulsation hört auf und es kommt während des Anfalls zu einem umschriebenen Ödem der Hirnhäute, welches nach dem Anfall rasch völlig verschwindet — im frischen Falle nämlich, wie es derjenige der Beobachtung war; in chronischen Fällen wird der Abfluß der Ödemflüssigkeit durch die von Tillman beschriebene Arachnitis verhindert.

Heidrich machte Nachuntersuchungen bezüglich der Angabe von Förster, bei Epileptikern durch tiefe Atemzüge (Hyperventilation) den Anfall auszulösen. Dies gelang ihm bei 20 traumatischen Epilepsien in 35% der Fälle. Dalma konnte in 3 Fällen von 15 den Anfall in dieser Weise auflösen, hingegen nie durch die Kompression der Jugularis nach Bier. Die Drucksteigerung des Liquors wurde während des Anfalls mit Manometer gemessen; ihre Ursache ist die Apnoe durch Spannung der Thoraxmuskulatur und hierdurch bewirkte venöse Kongestion.

Nach Anton ist bei Epileptikern häufig eine Verlötung oder wenigstens ganz nahe Kontiguität zwischen Atlas und Occiput vorhanden. Ein ursächlicher Zusammenhang ist nicht nachzuweisen und häufig findet man diesen Zustand auch bei Nichtepileptikern, zumeist aber bei jugendlichen Individuen, und er kommt auch familiär vor.

Witzel berichtet über einen Fall von periarterieller Sympathektomie der Carotis mit Fortnahme des Glomus caroticum und des Ganglion sympathicum supremum mit vollem Erfolg bei einem Fall von Jacksonschem Epileptoid nach Schußverletzung der motorischen Region. Wagner berichtet über 2 nach diesem Vorgang operierte Fälle von Epilepsie (1 vorübergehender Erfolg, 1 absoluter Mißerfolg); auffallend war die hochgradige Pigmentierung der Ganglionzellen in seinen Fällen.

Nach Flörcken wurde die Resektion des obersten Cervicalganglions des Sympathicus bei Epilepsie von Alexander (1889) doppelseitig, von Kümmel (1890) einseitig zum ersten Male ausgeführt.

Von der Erwägung ausgehend, daß bei den epileptischen Anfällen Störungen der Gebilde der Hinterhauptsgrube eine Rolle spielen, machten Anton und Völcker Trepanöffnungen über beide Kleinhirnhemisphären, zugleich mit einem Fenster in der Membrana atlanto (occipitalis); diese Druckregulierung in der hinteren Schädelgrube führte in drei Fällen von Epilepsie zu weitgehender Besserung.

Amrujanz berichtet über 3 Fälle von Epinephrektomie wegen Epilepsie mit negativem Erfolg und nur ganz kurzer Besserung.

Dowmann empfiehlt Alkoholinjektionen in das zuvor mit elektrischer Reizung festgestellte krampfende Zentrum. Gute Resultate in 2 Fällen (vgl. diese Jahresberichte 1923, S. 322).

Leriche und Wertheimer berichten über 18 Fälle von Jacksonscher Epilepsie traumatischen Ursprungs, von denen 16 nach der Operation 6—10 Jahre dauernd geheilt blieben, einer starb 4 Jahre post op. an Gehirnabsceß infolge eines zurückgelassenen Knochensplitters, einer infolge von Verblutung in den Ventrikel post op.; mit Ausnahme von 2 Fällen handelte es sich um Kriegsverletzte.

Davidovic fand zehnmal von 13 traumatischen Epilepsien Narbenveränderungen an der Trepanationsstelle, in 3 Fällen keine nachweisbaren Veränderungen; in diesen war auch der Erfolg der Operation negativ.

Burianek berichtet über 2 Operationen wegen traumatischer Epilepsie nach Krause. Bei Genuinenepilepsie soll man überhaupt nur dann operieren, wenn diese mit ausgesprochen lokalisierten Symptomen begann, auch bei Jacksonscher Epilepsie ist nur dann auf eine Heilung zu rechnen, wenn das krampfende Zentrum exzidiert wird, deshalb ist dieses genau festzustellen.

Nach Craig soll man bei genuiner Epilepsie überhaupt nicht operieren, in traumatischen Fällen und bei Geschwülsten desto früher. Auch bei Trauma sind die Aussichten ungünstig, wenn das Hirngewebe schwer geschädigt ist. Von 28 traumatischen Fällen 7 ohne Besserung operiert, nur ein Fall blieb 25 Jahre lang anfallsfrei, in 20 Fällen schwere Schädigung des Hirns nachgewiesen.

Bliscenko berichtet über 4 Heilungen nach Operation bei Jacksonscher Epilepsie (3 traumatisch, einer luetisch). Obwohl die Dauerresultate nicht sehr günstig sind (23.4% Jackson, 15,4% genuin); ist doch von einer Operation noch das meiste zu erwarten.

Muskens berichtet von der Operation von 8 Fällen traumatischer Epilepsie mit Heilung; in sämtlichen Fällen anatomische Veränderungen nachweisbar. Nach ihm soll man eine echte traumatische Epilepsie nur dann annehmen, wenn ein Schädeldefekt da ist.

Nach Rosanov spielt im Zustandekommen der traumatischen Epilepsie zweifelsohne auch die Disposition eine gewisse Rolle. Gute Operationsergebnisse sind hauptsächlich bei Fällen mit positiven anatomischen Veränderungen zu erwarten, doch läßt sich auch in solchen keine sichere Prognose bezüglich des Ausbleibens der Anfälle stellen.

Steinberg hält bei jeder Art von Epilepsie die Operation angezeigt, obwohl bei genuiner Epilepsie die dauernde Besserung selten ist, hingegen kann man bei traumatischer Jacksonscher Epilepsie auf gute Dauerresultate rechnen (3 Fälle).

Vrana empfiehlt die Operation nicht nur bei traumatischer Epilepsie, sondern auch bei den genuinen, bei der ersten Narbenexcision, bei der letzteren dekompressive Trepanation; besonders die beiderseitige Dekompression bietet gute Aussichten.

Keropian beschreibt 6 Fälle von Rindenepilepsie (4 spontan, 2 posttraumatisch), welche er mit der Kocherschen Kraniektomie behandelte, 2 Fälle wohl, 2 wenig gebessert, 1 unbeeinflußt, 1 unbekannt.

Kornew berichtet über 5 Fälle von Jacksonscher Epilepsie mit 1 Heilung und 3 Besserungen; 1 unverändert. Die Jacksonsche Epilepsie soll früh operiert werden, bevor noch spasmophiler Gehirnzustand oder tiefgreifende Narbenveränderungen des Gehirnes eintreten.

Nikiforoff berichtet von der Operation einer genuinen Epilepsie, wo die Horsleysche Rindenexcision Abnahme der Zahl der Anfälle brachte; dies wurde jedoch durch Paralyse des Armes erkauft. In einem Falle von traumatischer Epilepsie brachte die Lösung der Verwachsungen und Duraersatz mit Fettlappen Sistierung der Anfälle.

Murphy beschreibt einen Fall von traumatischer Epilepsie, welche nicht das Jacksonsche Bild zeigte und 7 Jahre nach einer Schußverletzung — in der Zwischen-

zeit beschwerdelos — entstand und sich durch 8 Jahre sehr häufig meldete; nach Operation Ausbleiben der Krämpfe, obwohl die Kugel nicht entfernt werden konnte.

Solare beschreibt einen Fall von Epilepsie, dem viele Jahre zuvor ein Trauma vorausging und bei welchem einmal ein reiskorngroßer Knochensplitter von der Falx und bei einem anderen Eingriff ein erbsengroßer, knochenharter Körper aus der Hirnsubstanz entfernt wurde. Diese gab einen deutlichen Röntgenschatten. Überhaupt ist die Röntgenaufnahme bei der Epilepsie von Wichtigkeit. 30% positive Ergebnisse.

Pólya berichtet über einen Jungen, bei welchem infolge eines traumatisch-porencephalischen Hydrocephalus sehr häufig epileptische Krämpfe auftraten. Heilung ($2^1/_2$ Jahre) durch Trepanation und Entfernung des Plexus chorioideus des erweiterten Seitenventrikels. Der Resektion des Plexus chorioideus kommt eine Bedeutung in der Verhütung von Liquorfisteln zu; von den 11 im Schrifttum bekannten Resektionen des P.exus ist diese die dritte, we.che am Leben blieb.

Anhang I. Nach Penfields experimentellen Untersuchungen entstehen bei jeder Art von Duralplastik Adhäsionen oberhalb und unterhalb des Transplantates, auch Fettgewebe geht in diesen Adhäsionen zugrunde. Um Celluloid bildet sich eine harte bindegewebige Kapsel, welche mit Gehirn und Knochen resp. Skalp verwächst, in der Mitte dieser aber bleibt eine bursaähnliche Höhle zurück.

Nach Guillemin ist die Kautschukprothese von keiner dauernden Wirkung; sie rollt sich ein oder faltet sich und mag zur Entstehung einer Cyste Anlaß geben. Solange diese Veränderungen nicht stattfinden, kann sie eine Besserung hervorrufen (bis zu 32 Monaten), doch am Ende treten Rezidive ein.

Halstead und Caylor treten auf Grund von 4 Fällen für den Duraersatz mit Fettfascienlappen ein.

Kornew zieht Fascie zur Duraplastik vor, Fettgewebe wird häufig narbig verändert oder degeneriert; auch zur Plombierung von Cystenhöhlen soll kein Fettgewebe benutzt werden.

Burdenko hält auf Grund von Hundeexperimenten und Erfahrungen an 12 Patienten die von Brünning angegebene Methode für das beste Verfahren zum Duraersatz, er nimmt aber nicht einen gestielten Lappen aus dem äußeren Blatte der Dura, sondern mehrere kleine Streifen derselben zur Plastik.

Mirotworzeff ersetzt Dura, füllt Hirndefekte nach Cysten- resp. Geschwulstexstirpation nach der Methode von Szokolowski mit autoplastischen Netzstücken: sie füllen nicht nur den Defekt aus, sondern stillen als lebende Tampons die Blutung.

Szokolowski machte 9 Hundeversuche zum Ersatz von Duradefekten mit Netz; die mikroskopische Untersuchung nach $1^1/_2$—2 Monaten wies gute Erhaltung des Netzes nach; die Gehirnsubstanz unverändert.

Anhang II. Beresnegowski empfiehlt bei der Koschewnikowschen Epilepsie die Excision der entsprechenden Rindenzentren. Nur bei großer Ausdehnung der Zuckungen Dekompression. 9 Fälle mit 7 bedeutenden Besserungen. Die Krankheit kommt hauptsächlich in Nordsibirien bei Dorfbewohnern vor, sie ist analog mit der v. Brunsschen Myoklonia cum epilepsia.

Omorokow lokalisiert die Athetose in die Hirnrinde und berichtet über 2 Fälle, welche durch operative Entfernung der psychomotorischen Rindenzentren geheilt wurden. Auch Spiridonow glaubt, daß in gewissen Fällen die Excision des Rindenzentrums von Nutzen sein mag. Er machte bei einer Athetose mit Hemiplegie die Resektion der hinteren Wurzeln nach Förster.

Wertheimer berichtet über Versuche von Leriche, die Parkinsonsche Krankheit mit Resektion der hinteren Wurzel C 5—8 (auch D 1) resp. des obersten sympathischen Ganglions zu heilen. 4 Fälle, 1 Todesfall, das Zittern mehr oder weniger intensiv beeinflußt.

Silverskjöld schreibt auf Grund von 91 Beobachtungen über das neurologische Bild, die chirurgische und orthopädische Behandlung der Hemiplegia spastica infantilis.

Anatomie, Physiologie und Pathologie des Gehirns.

Abe, Katsuma, und Shuichi Sakata, Über die Wirkung hyper- und hypotonischer Kochsalzlösungen auf die zentrale Kochsalzregulation, ein Beitrag zur Physiologie der Kochsalzzentren.) (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **105**, H. 1/2, S. 93—108.) **31**, 522.

Allina, Eusebio, Über Eingriffe bei Geisteskranken. (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. **38**, Nr. 235/238, S. 395—402.) (Spanisch.) *

Bing, Robert, Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. Kurzgefaßte Anleitung zur klinischen Lokalisation der Erkrankungen und Verletzungen der Nervenzentren. (Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. VIII, 242 S. RM. 9.90.) *

Brünings, Über klinische Hirndruckmessung. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 693—703.) **33**, 871.

Cestan, Laborde et Riser, La perméabilité méningée n'est qu'un des modes de la perméabilité vasculaire. Contribution à l'étude de la „barrière hémato-encéphalique". (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 80, S. 1330—1332.) **35**, 281.

Davidson, Edward C., and Clyde I. Allen, The blood glucose curve in head injuries. (Dep. of surg., Henry Ford hosp., Detroit.) (Bull. of the John Hopkins hosp. Bd. **37**, Nr. 4, S. 217—230.) **34**, 633.

Fay, Temple, The control of intracranial pressure. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 17, S. 1261—1262.) **32**, 751.

Fink, E. B., The intracranial complications of posterior sinus infections. Report of an unusual case with autopsy findings. (Cook county hosp. a. dep. of pathol. a. bacteriol., Chicago coll. of dental surg., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 589—600.) **33**, 706.

Handbuch der inneren Medizin. Begr. v. L. Mohr u. R. Staehelin. Hrsg. v. G. v. Bergmann u. R. Staehelin. 2. Aufl. Bd. 5, Tl. 1. Erkrankungen des Nervensystems. I. (Berlin: Julius Springer 1925. XII, 1073 S. Geb. RM. 69.—.) **37**, 734.

Kavalewskij, P., Die Verbreitungswege der extraduralen Flüssigkeitsansammlungen. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., milit.-med. Akad., Prof. Schewkunenko, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 1, Nr. 29, S. 14—19.) (Russisch.) **34**, 826.

Magnus, Über den Liquor cerebrospinalis und das Hirnödem. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 735.

Magnus, Georg, und Walter Jacobi, Über den Liquor cerebrospinalis und das Hirnödem. (Chir. u. psychiatr. Klin., Jena.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 4, S. 652—660.) **33**, 371.

Morrissey, Edmund J., The effect of magnesium sulphate on the cerebrospinal fluid pressure and on the brain volume. (Neurosurg. serv. of dr. C. C. Coleman, hosp. div., med. coll. of Virginia, Richmond.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 5, S. 778—789.) **35**, 313.

Nicolaysen, Lyder, Glykosurie bei meningealer Blutung. (VIII. Abt., komm. Krankenh. Ullevaal, Oslo.) (Acta med. scandinav. Bd. **62**, H. 5/6, S. 392—394.) **34**, 633.

Oiye, Takeo, Experimentelle Studien über die Regeneration des Gehirngewebes. (Pathol. Inst., Univ. Sendai.) (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. **15**, S. 64—65.) *

Omorokov, L. I., Beiträge zur Frage über die Pathogenese und Lokalisation der Athetose. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Tomsk, Prof. Omorokov, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 302—313.) (Russisch.) **34**, 894.

O'Sullivan, John, Some rarer intracranial calcifications and ossifications. (Brit. journ. of radiol. Bd. **30**, Nr. 301, S. 295—304.) **33**, 327.

Peet, Max M., Reduction of increased intracranial pressure by intravenous administration of glucose and hypertonic Ringer's solution. (Dep. of surg., univ. of Michigan med. school, Ann Arbor.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 26, S. 1994 bis 1996.) **34**, 763.

Rijnberk, G. van, Idées actuelles et derniers travaux concernant les fonctions du cervelet. (Laborat. de physiol., univ., Amsterdam.) (Arch. néerland. de physiol. de l'homme et des anim. Bd. **10**, H. 2, S. 155—182.) *

Rijnberk, G. van, Les dernières recherches relatives à la question de la localisation dans le cervelet: Anatomie, physiologie, clinique. (Arch. néerland. de physiol. de l'homme et des anim. Bd. **10**, H. 2, S. 183—301.) *

Stulz, E., et P. Stricker, Hypotension aiguë du liquide céphalo-rachidien d'origine traumatique. (Clin. chir., univ., Strasbourg.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 7, S. 506 bis 514.) **33**, 794.

Traum, Egbert, Beiträge zur Innervation der Dura mater cerebri. (Anat. Inst., Univ. Würzburg.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 3/4, S. 488—492.) **34**, 630.

Troïzkaja, A. A., Die Lage der Hirnfurchen und -windungen und ihre Projektion auf die Haut. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 761—766.) (Russisch.) **35**, 690.

Wertheimer, Pierre, Les possibilités chirurgicales dans la maladie de Parkinson. (Clin. chir., fac., univ., Lyon.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 79, S. 1318—1319.) **33**, 423.

Yerger, C. F., Cerebrospinal fluid as index of otorhinogenic intracranial complications. (Otorhinolaryngol. dep., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 6, S. 424—428.) **33**, 705.

Meningocelen.

Aulamo, Rauno, Ein anatomisch untersuchter, durch Operation geheilter Fall von Cephalocele orbitae. (Augenklin. u. chir. Klin., Univ., Helsingfors.) (Acta ophth. Bd. 2, H. 3, S. 286—290.) **33**, 202.

Chodkoff, W. N., Zur Frage der Meningocele spinalis spuria traumatica. (Traumatol. Inst., Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 222—225.) (Russisch.) *

Franz, Ilse, Über multiple Hirnsubstanzhernien. (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 33, H. 1, S. 72—79.) **34**, 487.

Fulle, G. B. Carlo, Di un caso di voluminoso encefalocistocele. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Genova.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 26, S. 602—605.) *

Kosyrew, A. A., Erfahrungen über operative Behandlung der Spaltbildungen des Schädels und der Wirbelsäule. (Propädeut. chir. Univ.-Klin., Saratow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 1, S. 131—142.) **33**, 378.

Kozyrev, A. A., Zur Klinik und Behandlung der Cephalocele. (Chir. propädeut. Klin., Prof. Rasumovskij, Univ. Ssaratov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 1, Nr. 33, S. 34—40.) (Russisch.) **35**, 690.

Lotin, A. W., Zur Frage der Encephalocele der Orbita. (Verhandl. d. Leningrader ophth. Ges., Sitzg. v. 21. II. 1924.) (Russkij oftalmologičeskij žurnal Bd. 4, Nr. 2, S. 181.) (Russisch.) **33**, 202.

Russanov, A., Osteoplastische Operation wegen Hirnbruchs. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 110.) **36**, 348.

Stuart, Emily G., A case of encephalo-meningocele. (Lancet Bd. 208, Nr. 13, S. 659.) *

Timmer, A. P., Untersuchungen über die Genese der Encephalocele. (Psychiatr. en neurol. bladen Jg. 1925, Nr. 1/2, S. 60—66.) (Holländisch.) *

Toprower, G., Zur Kasuistik der Pathogenese und operativen Behandlung der angeborenen Gehirnhernien. (Chir. Abt., Doljhanski Krankenh. Nr. 11, Schechtinski Bezirk.) (Vračebnoje delo Jg. 8, Nr. 8, S. 637—640.) (Russisch.) *

Zimin, A., Cephalohydrocele traumatica sive Meningocele spuria sive traumatica. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 96—106.) (Russisch.) **33**, 425.

Verletzungen des Gehirns außer Kriegsschußverletzungen.

Baum, Eugen, Über Schädel- und Gehirnverletzungen mit besonderer Berücksichtigung einiger an der chirurgischen Klinik zu Erlangen beobachteten Fälle. (Dissertation: Erlangen 1925. 2 S.) *

Baumann, Erwin, Zur operativen Behandlung der offenen Ventrikelverletzungen. (Krankenh. Wattwil.) (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, 21.—22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 478—479.) **32**, 449.

Castex, M. R., N. Romano und A. V. di Cio, Symptomenbild einer posttraumatischen Encephalitis lethargica. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 7, S. 343—351.) (Spanisch.) *

Clausen, George, Ein Fall traumatischer Charakterveränderung mit operativer Heilung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 51, S. 1130—1131.) (Dänisch.) **34**, 290.

Comberg, W., Die Dysmorphopsie der Hirnverletzten. Ein Erklärungsversuch. (Univ.-Augenklin., Berlin.) (v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. 115, H. 2, S. 349—354.) *

Connors, John Fox, Management of intracranial injuries with or without fracture. (Surg. serv., Harlem hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 901 bis 905.) **32**, 331.

Davidson, Edward C., and Clyde I. Allen, The blood glucose curve in head injuries. (Dep. of surg., Henry Ford hosp., Detroit.) (Bull. of the John Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 4, S. 217—230.) **34**, 633.

Della Torre, Pier Luigi, Riflessioni sopra alcuni errori di diagnosi in chirurgia cerebrale. (Div. chir., osp. S. Maria, Treviglio.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 35, S. 820—826.) **33**, 649.

Dowman, Charles E., Hypertonic solutions, with particular reference to magnesium sulphate and its value in certain types of brain injury. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 5, S. 351—355.) **32**, 577.

Geipel, P., Über eigentümliche Schlafanfälle (Narkolepsie) nach Trauma. (Johannstädter Krankenh., Dresden.) (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. **32**, Nr. 9, S. 208—212.) *

Greenleaf, Paul E., Cranio-cerebral injuries, concussion, compression treatment. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 1, S. 46—50.) *

Hackler, Garfield M., Traumatism of the head and brain in civil practice. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 322—325.) **33**, 870.

Hey, Subdurales Hämatom als Sportverletzung. (Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ. Bonn.) (Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 5, H. 1, S. 12—16.) **31**, 899.

Jiano, Jean, Craniectomie définitive dans les plaies cérébrales auriennes. (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 3/4, S. 33—39.) **33**, 302.

Iñigo Nourgés, Manuel, Hirnerschütterung und Basisfraktur. (Hosp. milit., Zaragoza.) (Clin. castellana Bd. 31, Nr. 5, S. 229—240.) (Spanisch.) *

Kutzinski, A., und R. Heinrich, Ein Arbeitsversuch bei Hirnverletzten. (Versorgungskrankenh., Königsberg i. Pr.) (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 60, H. 1, S. 34—58.) *

Magnus, Georg, und Walter Jacobi, Über den Liquor cerebrospinalis und das Hirnödem. (Chir. u. psychiatr. Klin., Jena.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 4, S. 652—660.) **33**, 371.

Massa, Antonio, Contributo allo studio delle ferite cranio-cerebrali. (Ivrea: F. Viassone 1925. 18 S.) *

Mehrtens, Henry G., and Robert R. Newell, Displacement of the pineal gland in head injury. Report of a case. (Neurol. a. X-ray laborat., Stanford univ. med. school, San Francisco.) (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 6, Nr. 23, S. 198—200.) *

Meixner, Karl, Die Rolle der Gehirnerschütterung bei den tödlichen Schädelverletzungen. (Univ.-Inst. f. gerichtl. Med., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 6, H. 2, S. 105—120.) **33**, 302.

Munro, Donald, The therapeutic value of lumbar puncture in the treatment of cranial and intracranial injury. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 26, S. 1187 bis 1189.) **34**, 763.

Putnam, Tracy Jackson, and Harvey Cushing, Chronic subdural hematoma, its pathology, its relation to pachymeningitis hemorrhagica and its surgical treatment. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 3, S. 329—393.) **33**, 794.

Stulz, E., and P. Stricker, Acute hypotension of cerebro-spinal fluid following cranial traumatism. (Clin. chir., fac. de méd., univ., Strasbourg.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 678—683.) **35**, 690.

Zimmerman, B. F., General convulsions due to trauma of left frontal lobe: Report of two cases. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 2, S. 54—55.) *

Allgemeines über Hirnchirurgie *(siehe auch Röntgenuntersuchung des Kopfes, Ventriculographie S. 293).*

Acquaviva, Eugène, La trépano-ponction ventriculaire. Une technique nouvelle. Son application thérapeutique dans la méningite cérébro-spinale. (Clin. chir. infantile, école de méd., Marseille.) (Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2048, S. 3411—3415.)*

Allina, Eusebio, Über Eingriffe bei Geisteskranken. (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. 38, Nr. 235/238, S. 395—402.) (Spanisch.) *

Anton, Operative Behandlung einiger Formen von Epilepsie vom Subtentorium aus. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 173—178.) **31**, 223.

Babitzky, P., Woran liegt es, daß der Balkenstich in der Praxis nicht die glänzenden Erfolge ergibt, welche er theoretisch zu versprechen scheint? (Chir. Abt., städt. Krankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 936—966.) **32**, 136.

Bescht, E., Zur Technik der Suboccipitalpunktion. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 11, S. 399—401.) **31**, 594.

Cocchiararo, Giovanni, e Roberto Rordorf, La puntura sottoccipitale e introduzione nella rachide di sostanze opache ai raggi X. (Osp. incurabili, Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 2, S. 29—32.) **31**, 274.

Dandy, Walter E., Contributions to brain surgery. A. Removal of certain deep seated brain tumors. B. Intracranial approach with concealed incisions. (Dep. of surg., Johns Hopkins hosp. a. univ., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 513 bis 525.) 33, 467.

Della Torre, Pier Luigi, Riflessioni sopra alcuni errori di diagnosi in chirurgia cerebrale. (Div. chir., osp. S. Maria, Treviglio.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 35, S. 820 bis 826.) 33, 649.

Drachter, Über neue operative Wege zur Druckentlastung bei angeborenem Hydrocephalus (Ureter-Duraanastomose). Mitteilung zur gleichnamigen Veröffentlichung von Prof. Dr. Heile in Nr. 40 dieses Zentralblattes. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 49, S. 2776—2777.) 34, 488.

Dubinsky, I. A., Der gegenwärtige Stand der Gehirn- und Rückenmarkschirurgie. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 65, H. 1, S. 103—138.) *

Ebaugh, Franklin G., Puncture of the cisterna magna. A summary of five years experience. (Philadelphia gen. hosp. a. Colorado psychopath. hosp., univ. of Colorado, Boulder.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 3, S. 184—186.) 34, 65.

Elsberg, Charles A., Craniotomy under local anaesthesia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 213—222.) 31, 360.

Eskuchen, K., Die bisherigen Erfahrungen mit der Zisternenpunktion. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 143—145.) 31, 225.

Federici, Nicolino, Interventi operativi, „raschiamenti e trapanazioni", su ossa del cranio. (Osp. civ. di Orzinuovi, Brescia.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 19, S. 435—436.) *

Ferri, Guido, Qualche osservazione relativa alla tecnica degli interventi operatori sperimentali sul cervelletto. (Laborat. di fisiol., univ., Firenze.) (Arch. di fisiol. Bd. 23, H. 2, S. 183—191.) 35, 283.

Fischer, Hermann, Klinische und pathologisch-anatomische Beobachtungen zur Frage der Todesursache nach hirndruckentlastenden Eingriffen. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 572—594.) 32, 15.

Forestier, Jacques, La ponction occipito-atloïdienne. Technique et applications. (Clinique Jg. 20, Nr. 38, S. 37—41.) 34, 65.

Frazier, Charles H., The trend of neurological surgery. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 17, Nr. 3, S. 67—71.) 36, 797.

Fremel, Über Hirnpunktion. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 524—534 u. 562—565.) 33, 873.

Garber jr., Frank W., Staphylococcus meningitis limited to spinal canal; puncture of cisterna magna. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 11, S. 597 bis 599.) 33, 710.

Goerke, Die Zisternendrainage in der Therapie der otogenen Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 144 bis 150 u. 202—214.) 33, 873.

Guillemin, A., La prothèse caoutchoutée dans le traitement opératoire de l'épilepsie jacksonnienne procure-t-elle une amélioration durable? (Clin. chir., fac. de méd., Nancy.) (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 4, S. 115—120.) 32, 233.

Hartwich, Adolf, Die theoretische Bedeutung der Suboccipitalpunktion. (Med. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 85, H. 1/2, S. 21—46.) *

Jánossy, Julius, Über Punktion der Cisterna cerebello-medullaris. (Med. Klin., Univ., Debreczen.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 2, S. 55—56.) 31, 862.

Jirásek, Arnold, Velters Entlastung des Schädels ohne Duraverletzung. (I. chir. klin., univ., Praha.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 33, S. 1192—1195.) (Tschechisch.) 33, 170.

Karbowski, B., Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Lumbalpunktion bei intrakraniellen oto- und rhinogenen Komplikationen. (Acta otolaryngol. Bd. 7, H. 3, S. 356—365.) 34, 67.

Kulenkampff, D., Zur Technik der Zisternenpunktion. (Staatl. Krankenstift, Zwickau i. S.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 16, S. 862—866.) 32, 15.

Osann, E., Zur Technik der Zisternenpunktion (Suboccipitalpunktion). (Städt. Krankenh. Siloah, Hannover.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1783 bis 1784.) 33, 706.

Pauli, W. E., und E. v. Redwitz, Bemerkungen zur Konstruktion und Verwendung der Meyer-Schlüterschen Sonde. (Chir. Univ.-Poliklin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 343—348.) 33, 706.

Purves-Stewart, James, Clinical lecture on triple puncture: Lumbar, cisternal and ventricular. (Lancet Bd. **209**, Nr. 23, S. 1159—1162.) *
Radovici, A., und H. Angelescu, Indikation dekompressiver Kraniektomie bei intrakranialer Hypertension und Stauungspapille. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 11, S. 369 bis 372.) (Rumänisch.) *
Reynolds, Cecil E., Further points in the physiology of brains surgery. (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. **6**, Nr. 21, S. 35—41.) **33**, 371.
Sachs, Ernest, A method for exposing the anterior portion of the frontal lobes of the brain. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 6, S. 1035—1056.) **32**, 752.
Sarbó, Artur, Über die Zisternenpunktion (Ayer-Eskuchen). (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 49, S. 1189—1195.) (Ungarisch.) **34**, 895.
Silberberg, J., Schädeltrepanation mit dem Instrumentarium von de Martel. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 132—134, Jekaterinoslaw.) (Russisch.) *
Sokolowski, M., und J. Irger, Die Lymphangioplastik des Unterhorns des Seitenventrikels als Behandlungsmethode bei Hydrocephalus internus. (II. chir. Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 46, S. 2586 bis 2589.) **33**, 872.
Spiridonov, A., Zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Schädelhöhle. (Verhandl. d. 16. Kongr. d. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 309—312.) (Russisch.) **35**, 85.
Wertheimer, Pierre, Les possibilités chirurgicales dans la maladie de Parkinson. (Clin. chir., fac., univ., Lyon.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 79, S. 1318—1319.) **33**, 423.
Zange und Kindler, Die diagnostische Bedeutung des Zisternenstiches sowie des gleichzeitig verbundenen Zisternen- und Lendenstiches. Zur Entstehung, Diagnose und klinischen Bedeutung des Subarachnoidalblockes, insbesondere des Kleinhirnzisternenblockes. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenklin. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 150—165 u. 202—214.) **33**, 871.

Krankheiten der cerebralen Blutgefäße *(siehe auch Verletzungen des Gehirns außer Kriegsschußverletzungen S. 370 und Pulsierender Exophthalmus S. 385).*

Andrassy, Über einen Fall von Sinus pericranii an abnormer Stelle. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 28, S. 1532—1534.) **33**, 169.
Babbitt, James A., Lateral sinus thrombosis presenting unusual variation. Streptococcemia, transfusion, recovery. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. **34**, Nr. 2, S. 505—512.) **33**, 576.
Bleyl, R., Stirnhirnabsceß im Gefolge otogener Sinusthrombose. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 16—21.) *
Borchardt, Moritz, Die chirurgische Bedeutung d. Gehirnaneurysmen. (Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 3, S. 429—451.) **31**, 814.
Dowman, Charles E., A simple test for the diagnosis of thrombosis of the lateral sinus. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 17, S. 1268.) **32**, 871.
Engelhardt, G., Zur Pathologie und Heilungsmöglichkeit der nach Gesichtsfurunkel entstandenen und der otogenen Cavernosusthrombose. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. **112**, H. 3/4, S. 272—285.) **32**, 358.
Esser, A., Über einen Fall von Gehirnvaricen. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. V. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Ergänz.-H., S. 411—418.) *
Fedoroff, Helena, und Frieda Bogorad, Zur Klinik der Angiome des Großhirns (Nervenklin., II. Staatsuniv., Moskau.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **94**, H. 4, S. 497—506.) *
Grünberg, G. I., Zur Frage über die Bedeutung der Unterbindung der Vena jugularis interna bei otogenen Pyämien. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. **59**, H. 3, S. 289—299.) **32**, 703.
Kelly, A. Brown, Tortuosity of the internal carotid in relation to the pharynx. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. **40**, Nr. 1, S. 15—23.) **31**, 157.
Laves, Wolfgang, Ein Fall von Angioma arteriale racemosum des Gehirnes im Bereich der rechten Art. cerebri media, nebst einem Beitrag zur Frage der Entwicklung von Rankenangiomen im Gehirn. (Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Graz.) (Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **44**, H. 1, S. 55—76.) *
Marx, Anton Maria, Kongenitaler Varix des Sinus longitudinalis inferior. (Gerichtl.-med. Inst., dtsch. Univ. Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 43, S. 1612—1614.) *

Muck, O., Über gewohnheitsmäßige, durch einseitige Dauerbehinderung des venösen Blutabflusses aus dem Schädelinnern bedingte Schiefhaltung des Schultergürtels. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 19, S. 771—772.) **32**, 735.

Nicolaysen, Lyder, Glykosurie bei meningealer Blutung. (VIII. Abt., komm. Krankenhaus Ullevaal, Oslo.) (Acta med. scandinav. Bd. **62**, H. 5/6, S. 392—394.) **34**, 633.

Patrik, A., Zur Anatomie der A. meningea medica. (Anat., med. Hochsch., Jekaterinos (Jekaterinoslavskij medicinski zurnal Jg. **4**, Nr. 3/4, S. 128—134.) (Russisch.) **37**, 864.

Ruttin, Erich, Über doppelseitige Jugularisunterbindung und Schädigungen durch Jugularisunterbindung überhaupt. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.) (Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 3/4, S. 156—161.) **34**, 829.

Ruttin, Erich, Über septische Blutungen bei Sinusthrombose. (Acta oto-laryngol. Bd. **8**, H. 1/2, S. 274—279.) *

Undritz, V., Über den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis auf experimentelle Sinusthrombose. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Prof. V. I. Vojaček, u. Inst. f. exp. Med., Prof. N. Aničkov, Leningrad.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. **2**, Nr. 7/8, S. 348—357.) (Russisch.) **37**, 20.

Valerio, Americo, Ein Fall von Blutung aus der Meningea media ohne Schädelverletzung. (Chir. cir., fac. de med., univ., Rio de Janeiro.) (Brazil-med. Bd. **1**, Nr. 7, S. 81—82.) (Portugiesisch.) *

Meningitis serosa und purulenta.

Acquaviva, Eugène, La trépano-ponction ventriculaire. Une technique nouvelle. Son application thérapeutique dans la méningite cérébro-spinale. (Clin. chir. infantile, école de méd., Marseille.) (Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2048, S. 3411 bis 3415.) *

Bachmann und Strieck, Über seltene Formen der akuten Meningitis. (Med. Univ.-Klin., Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **85**, H. 5/6, S. 241 bis 248.) **33**, 36.

Bézi, Istvan, Über hämorragische Entzündung der weichen Hirnhaut durch Anthraxinfektion. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 19, S. 428—432.) (Ungarisch.) *

Birkholz, Über die biologische Wirkung des Vuzins bei seiner endolumbalen Anwendung als Heilmittel gegen die Meningitis. Ergänzung zu meiner 1921 erschienenen kritischen Studie. (Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. **112**, H. 3/4, S. 261 bis 271.) **31**, 852.

Boeninnghaus, Georg, Meningitis serosa ac. nach otitischer Labyrinthitis unter dem Bilde eines Kleinhirnabscesses verlaufend, Heilung durch Spaltung der Kleinhirndura. Nachfolgende Entwicklung einer Meningocele in dem Gehörgang, wahrscheinlich aus der abgeschlossenen seitlichen Ponszisterne heraus. (St. Georgs-Krankenh., Breslau.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 1—6.) *

Boros, József, Cystische eitrige Meningitis cerebrospinalis nach Lumbalanästhesie mit Novocain. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. **4**, S. 118—119.) (Ungarisch.) **33**, 423.

Carpi, U., Ependimoma del quarto ventricolo a decorso pseudo-meningitico cronico. (Div. med., osp. magg., Milano.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 27, S. 627 bis 628.) *

Della Torre, Pier Luigi, Riflessioni sopra alcuni errori di diagnosi in chirurgia cerebrale. (Div. chir., osp. S. Maria, Treviglio.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 35, S. 820 bis 826.) **33**, 649.

Fink, E. B., The intracranial complications of posterior sinus infections. Report of an unusual case with autopsy findings. (Cook county hosp. a. dep. of pathol. a. bacteriol., Chicago coll. of dental surg., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **4**, Nr. 5, S. 589—600.) **33**, 706.

Fleischmann, Diagnostik der otogenen und rhinogenen Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**. Kongreßh., I. Tl., S. 1—35. *

Goerke, Die Zisternendrainage in der Therapie der otogenen Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. **2**. T., S. 144—150 u. S. 202—214.) **33**, 873.

Goerke, Max, Aufgaben und Ziele der Therapie otogener Leptomeningitis. (Festschr. f. Prof. L. T. Lewin, S. 30—41.) (Russisch.) **33**, 512.

Gromski und Melanowski, Geheilte Meningitis traumatica. (Pedjatrja polska Bd. **5**, H. 1/2, S. 83—87.) (Polnisch.) **33**, 200.

Körner, O., Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 5. Aufl., vollst. neubearb. v. O. Körner u. K. Grünberg. (Die Ohrenheilk. d. Gegenw. u. ihre Grenzgeb. in Einzeldarstell. Hrsg. v. Otto Körner. Bd. 3.) (München: J. F. Bergmann 1925. VIII, 213 S. u. 6 Taf. RM. 18.—.) **34**, 291.

Levy, Isidore I., and Armand E. Cohen, Pyocyaneus meningitis after lumbar puncture. Report of a case with apparent recovery. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1968—1969.) **34**, 487.

Linck, Die Therapie der eitrigen Meningitis in der Oto-Rhinologie. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßh. I. Teil, S. 55—142.) **32**, 702.

Maloens, Chimiothérapie post-opératoire des méningites purulentes généralisées d'origine otitique. (Clinique Jg. **20**, Nr. 50, S. 307.) **33**, 706.

Maloens, Sur la curabilité de la méningite purulente septique d'origine otitique. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 1, S. 28—38; Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 21, S. 717—726.) **32**, 578. **34**, 487.

Marzio, Q. di, Sintomi oculari della meningite sierosa. (Clin. oculist., univ., Roma.) (Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. **2**, H. **4**, S. 289—346.) **34**, 893.

Meyer, Max, Zur operativen Behandlung der Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 662—671.) **33**, 872.

Mühsam, Richard, Die Behandlung der als Spätfolge von Schädelschüssen auftretenden Meningitis serosa circumscripta. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 5, S. 244—246.) **34**, 232.

Paso, Juan Roberto, und Ambrosio Barni, Milzbrand-Meningoencephalitis. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. **4**, S. 173—185.) (Spanisch.) **34**, 894.

Preobraženskij, B., Zur Kasuistik der otogenen Hirnkomplikationen beim Fleckfieber. (Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., II. Reichsuniv., Chef Prof. Swerżewskij, Moskau.) (Kliničeskaja medicina Jg. **5**, Bd. **2**, Nr. **5**, S. 186—188.) (Russisch.) **35**, 314.

Pussep, P., Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose einer Geschwulst des Corpus striatum und Encephalitis epidemica mit Symptomen einer Hirngeschwulst. (Nervenklin., Univ. Tartu.) (Festschr. z. Jubil. v. Prof. Rossolimo 1925.) (Russisch.) **33**, 211.

Rosenblatt, M., Zur Klinik intrakranieller Komplikationen bei Nasen- und Ohrerkrankungen. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa 12.—15. IX. 1924, S. 111—113. Jekaterinoslaw.) (Russisch.) *

Rosenfeld, I. M., Zur Kasuistik chirurgischer Eingriffe bei beginnender otogener Meningitis. (Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenheilk., Univ. Taskent.) (Turkestanskij medicinskij zurnal Bd. **3**, Nr. 9, S. 211—214.) (Russisch.) *

Schnitzer, R., Die Grundlagen der Chemotherapie der Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßh. I. Tl., S. 35—55.) *

Symonds, C. P., A case of meningitis following lumbar puncture: Irrigation. Recovery. (Guy's hosp., London.) (Lancet Bd. **208**, Nr. **9**, S. 434—435.) **31**, 439.

Yerger, C. F., Cerebrospinal fluid as index of otorhinogenic intracranial complications. (Otorhinolaryngol. dep., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 6, S. 424—428.) **33**, 705.

Hirnabsceß, Encephalitis.

Arnoldson, Nils, et C. G. Boström, L'abcès cérébral d'origine rhinogène. Contribution casuistique. (Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 3, S. 339—347.) *

Barling, Seymour, A case of cerebral abscess complicating abscess of lung: Operation and recovery. (Lancet Bd. **208**, Nr. 3, S. 121—123.) *

Bleyl, R., Stirnhirnabsceß im Gefolge otogener Sinusthrombose. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 16—21.) *

Borries, G. V. Th., Zur Frage des Lumbalpunktates bei Hirnabscessen und bei anderen Hirnkomplikationen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 186—189 u. 202—214.) **33**, 873.

Boss, Leo, Zur Diagnose und Behandlung des rhinogenen Stirnhirnabscesses (Bericht über 2 Fälle). (Allerheiligen-Hosp., Breslau.) (Folia oto-laryngol., I. Tl., Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **13**, H. 2, S. 128—135.) *

Coleman, C. C., Some observations on the drainage of subcortical brain abscess. (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 1, S. 212—216.) **31**, 68.

Dandy, Walter E., Intracranial tumors and abscesses causing communicating hydrocephalus. (Johns Hopkins univ. a. hosp., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 199—207.) *

Elsberg, Charles A., The technic of operations for abscess of the brain. (Arch. of oto-laryngol. Bd. 1, Nr. 1, S. 14—25.) **32**, 449.
Engelhardt, G., Zur Frage der Abducenslähmung bei Extraduralabsceß an der Felsenbeinspitze nach akuter Mittelohreiterung. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **11**, H. 2, S. 194—195.) **33**, 467.
Errecart, Pedro L., Drainierung der otitischen Hirnabscesse. (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. **16**, Nr. 1, S. 25—30.) (Spanisch.) **32**, 872.
Gavello, Giuseppe, Ascessi cerebellari di origine otitica. (Clin. otorinolaringol., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 567—582.) *
Hersch, L. J., Zur Frage über die topische Diagnostik der Hirnabscesse. (Novyj chirurgičesky archiv Bd. **7**, H. 2, Nr. 26, S. 193—197.) (Russisch.) **33**, 37.
Kindler, Kleinhirnabsceß mit Tod durch Mediastinalemphysem infolge Blockes der Cisterna cerebellomedullaris und Beeinträchtigung des Atemzentrums dadurch. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28. bis 30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 554 bis 555 u. 562—565.) *
King, Joseph E. J., The treatment of brain abscess. A surgical technic in which the usual drainage methods are avoided. (Arch. of oto-laryngol. Bd. **1**, Nr. **1**, S. 26 bis 41.) **33**, 795.
Körner, O., Über die Nachbehandlung der eröffneten otogenen Hirnabscesse. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 3, S. 96—97.) **31**, 224.
Körner, O., Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 5. Aufl. vollst. neubearb. v. O. Körner u. K. Grünberg. (Die Ohrenheilk. d. Gegenw. u. ihre Grenzgeb. in Einzeldarstell. Hrsg. v. Otto Körner. Bd. 3.) (München: J. F. Bergmann 1925. VIII, 213 S. u. 6 Taf. RM. 18.—.) **34**, 291.
Lindeberg, W., Beitrag zur Frage der metastatisch entstandenen Hirnabscesse und deren Ausbreitungsmöglichkeit. (Stadtkrankenh., Reval.) (Folia neuropathol. estoniana Bd. **3/4**, S. 409—413.) **31**, 861.
Ljubomudrov, A., Zur Klinik der Extraduralabscesse otogener Herkunft. (Krankenh. Semaschko, Moskau.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. **2**, Nr. 11/12, S. 594—602.) (Russisch.) *
Lubliner, L., Über otogene Hirnabscesse. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. **4**, S. 65 bis 70.) (Polnisch.) **35**, 734.
Porter, Miles F., Report of a case of traumatic brain abscess. Operation, recovery, relapse, death, autopsy. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. **18**, Nr. 2, S. 56—57.) *
Rosenblatt, M., Zur Klinik intrakranieller Komplikationen bei Nasen- und Ohrerkrankungen. (Verhandl. d. 2. chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa 12.—15. IX. 1924. S. 111—113. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *
Sassone, Nicola, Sopra un caso di ascesso cerebrale traumatico. (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 28, S. 975—979.) *
Schramm, H., Chirurgische Behandlung der Hirnabscesse. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 52—65.) (Polnisch.) **34**, 827.
Smith, S. Mac Cuen, Three cases of otitic brain abscess. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. **34**, Nr. 4, S. 1109—1120.) *
Stein, Franz, Ein kasuistischer Beitrag zur Unfallbegutachtung beim Gehirnabsceß. (Städt. Krankenh. Sandhof, Frankfurt a. M.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **85**, H. 1/2, S. 92—104.) *
Steinmann, K., Otogener Kleinhirnabsceß, kompliziert durch bacilläre Cerebrospinalmeningitis mit Ausgang in Heilung. (Ohrenklin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. L. Lewin.) (Festschr. z. 30jähr. Jubiläum v. Prof. Lewin, S. 293 bis 302.) **35**, 487.
Uffenorde, W., Die Behandlung der Hirnabscesse mit Autovaccine. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 538—554 u. 562—565.) **33**, 873.
Wein, Z., Lehrreicher Fall eines Kleinhirnabscesses. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**. 290.
Winkelhauer, A., und H. Brunner, Zur Behandlung der traumatischen Stirnhirnabscesse. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 1, S. 160—173.) **33**, 200.

Allgemeines über Epilepsie verschiedener Herkunft und ihre Behandlung.

Aievoli, E., Recenti prospettive della chirurgia nell'epilessia. (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 24, S. 564—566.) *

Ambrumjanz, G., 2 Fälle von Epinephrektomie bei Epilepsie. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 638—640.) (Russisch.) 33, 872.
Anton, Operative Behandlung einiger Formen von Epilepsie vom Subtentorium aus. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 173—178.) 31, 223.
Babitzkij, P. S., Beiträge zur Sympathicuschirurgie. Operative Epilepsiebehandlung vermittels Sympathektomie und dekompressiver Trepanation. (Chir. Abt., Oktober-Krankenh. [früher Alexander-], Kijew, Prof. Savjalov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 19—28.) (Russisch.) 34, 833.
Beresnegovski, N. J., Surgical treatment of Epilepsia partialis continua (Kojevnickovi). (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 698—703.) 33, 646.
Beresnegowskij, N., Zur Behandlung der Koževnikowschen Epilepsie. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 314—316.) (Russisch.) 35, 220.
Božovič, V., Heilung eines Falles von essentieller Epilepsie auf operativem Wege. (Serb. Arch. f. inn. Med. Jg. 27, Nr. 5, S. 241—243.) (Serbo-kroatisch.) *
Castex, Mariano R., J. J. Beretervide und S. Balestra, Hirntumor und Jacksonsche Epilepsie. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 14, S. 655—658.) (Spanisch.) *
Cuneo, Gerolamo, Studi sulla patogenesi dell'epilessia VI. Della protoalbumosa e delle sue relazioni con le crisi epilettiche e con le crisi insuliniche. (Istit. sup. di med. vet., Milano.) (Note e riv. di psichiatr. Bd. 18, Nr. 3, S. 463—479.) 36, 677.
Dalma, Giovanni, Studi sulla pressione del liquido cefalo-rachidiano negli epilettici. (Istit. psichiatr., Reggio Emilia.) (Riv. sperim. di freniatr., arch. ital. per le malatt. nerv. e ment. Bd. 49, H. 2/3, S. 371—399.) 34, 895.
Dandy, Walter E., and Robert Elman, Studies in experimental epilepsy. (Dep. of surg., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 36, Nr. 1, S. 40—49.) 31, 816.
Fleming, G. W. T. H., and H. A. Cookson, A case of multiple neurofibromata associated with a true angioneurofibroma of the acoustic nerve, Jacksonian epilepsy and osteoporosis. (Sunderland mental hosp. a. pathol. dep., Sunderland roy. infirm., Durham.) (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 6, Nr. 22, S. 104—113.) *
Flörcken, H., Kurze Bemerkung zu dem Aufsatz von A. Wagner, Lübeck, „Zur Sympathicusoperation wegen Epilepsie" in Nr. 12 des Zentralblattes. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 21, S. 1131.) 32, 359.
Hernández Ramírez, Rafael, Chirurgische Epilepsiebehandlung. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 8, S. 422—423.) (Spanisch.) 32, 95.
Kudo, H., Experimentelle Kritik der Halssympathektomie wegen genuiner Epilepsie. (Orthop. Klin., Kais. Univ. Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. 2, H. 6.) 35, 226.
Ochsner, Albert J., The surgical treatment of habitual criminals, imbeciles, perverts, paupers, morons, epileptics and degenerates. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 321—325.) 34, 858.
Okinšewič, A., und A. Amossov, Versuche bilateraler Entfernung des oberen sympathischen Ganglions und periarterieller Sympathektomie an den Carotiden bei chronischer und epidemischer Encephalitis mit Parkinsonschen Erscheinungen. (Chir. Univ.-Klin., Baku.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 341—344.) (Russisch.) 35, 226.
Omorokov, L., Über den Cysticercus des Zentralnervensystems und über einen operativen Eingriff in einem Falle von Koževnikovscher Epilepsie. (Neurol.-psychiatr. Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 151—167.) (Russisch.) 38, 425.
Overhamm, Gregor, Jackson-Epilepsie auf Grund von Gehirnmetastasen eines primären Schilddrüsencarcinoms. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 755—762.) *
Pólya, E., Heilung einer durch traumatisch-porencephalischen Hydrocephalus bedingten Epilepsie nach Resektion des Plexus chorideus. (St. Stephansspit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 43, S. 2404—2409.) 33, 467.
Popea, A., et Gh. Eustatziu, La capsule surrénale dans deux cas de mort à la suite de crise épileptique. (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 27, S. 747 bis 749.) *
Repin, N. I., Zur Diagnose und chirurgischen Behandlung der Koževnikovschen Epilepsie. (Nervenabt., Traumatol. Inst., Prof. Ch. I. Protopopov, Saratov.) (Kliničeskaja medicina Jg. 6, Bd. 3, Nr. 11 [39], S. 352—355.) (Russisch.) 36, 348.
Steinberg, G., Ist es nötig, Epileptiker zu operieren? (Stadtkrankenh., Rodniki, Gouvernement Iwanowo-Wosnessensk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 411—415.) (Russisch.) 34, 488.
Wagner, A., Zur Sympathicusoperation wegen Epilepsie. (Marienkrankenh., Lübeck.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 637—638.) 31, 602.

Traumatische Epilepsie.

Bruskin, J., Über traumatische Epilepsie. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 313—317. Leningrad 1925.) (Russisch.) *
Cadwalader, Williams B., Significance of jacksonian epilepsy in focal diagnosis of cerebral lesions. (Dep. of neurol., univ., of Pennsylvania school of med., Philadelphia.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 3, S. 358—364.) **33**, 371.
Davidovič, S., Traumatische Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 10, S. 528—535.) (Serbo-kroatisch.) **33**, 795.
Gordon, Alfred, Traumatic epilepsy. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 2, S. 140 bis 148.) **33**, 647.
Guillemin, A., La prothèse caoutchoutée dans le traitement opératoire de l'épilepsie jacksonienne procure-t-elle une amélioration durable? (Clin. chir., fac. de méd., Nancy.) (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 4, S. 115—120.) **32**, 233.
Herrmann, Georg, und Ernst Wodak, Epileptische Anfälle nach Schädeltrauma mit besonderen Stirnhirnmechanismen. (Dtsch. psychiatr. Klin., Univ. Prag.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 59—79.) **34**, 66.
Leriche, René, et Pierre Wertheimer, Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne traumatique (d'après 18 observations personnelles). (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 9, S. 641—687.) **34**, 487.
Murphy, Arthur, Traumatic non-Jacksonian epilepsy. (Gen. hosp., Brisbane.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 22, S. 566.) **33**, 422.
Muskens, L. J. J., Traumatische und fokale Epilepsie und die chirurgische Behandlung der Epilepsie im allgemeinen. (Folia neuropathol. estoniana Bd. 3/4, S. 208—227.) **31**, 816.
Pólya, Jenö, Beitrag zur Frage der traumatischen Epilepsie. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 24, S. 524—526.) (Ungarisch.) **35**, 87.
Rosanoff, W. N., Traumatische Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung. (Chir. Abt., Botkinsches Krankenh., Moskau.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 527 bis 544.) **32**, 871.
Rosanov, W., Die traumatische Epilepsie und ihre chirurgische Behandlung. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 312—313.) (Russisch.) **35**, 220.
Šewardin, M. N., Zur Pathogenese und Behandlung der traumatischen Epilepsie. (Propädeut. chir. Klin., Krim.-Univ.) (Medicinska archiv Krimskom universiteta Bd. 2, Nr. 1 [H. 4], S. 163—170.) (Russisch.) *
Solaro, Giuseppe, Epilessia post-traumatica tardiva da formazioni calcaree intracraniche (sottodurale, intracerebrale). Operazione, guarigione. (Osp. civ., Busto Arsizio.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 555—566.) **33**, 326.
Steinberg, G., Ist es nötig, Epileptiker zu operieren? (Stadtkrankenh., Rodniki, Gouvernement Iwanowo-Wosnessensk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 411—415.) (Russisch.) **34**, 488.

Hydrocephalus.

Bargo, Antonio M., Hirnechinokokkus und Hydrocephalus eines Ventrikels. (Arch. latino-americ. de pediatria Bd. 19, Nr. 12, S. 1349—1359.) (Spanisch.) **35**, 692.
Brady, Jules M., Cisterna puncture in the treatment of hydrocephalus. (Med. clin. of North America Bd. 9, Nr. 1, S. 165—167.) **33**, 647.
Dandy, Walter E., Intracranial tumors and abscesses causing communicating hydrocephalus. (Johns Hopkins univ. a. hosp., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 199—207.) *
Drachter, Über neue operative Wege zur Druckentlastung bei angeborenem Hydrocephalus (Ureter-Duraanastomose). Mitteilung zur gleichnamigen Veröffentlichung von Prof. Dr. Heile in Nr. 40 dieses Zentralblattes. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 49, S. 2776—2777.) **34**, 488.
Eskuchen, K., Die bisherigen Erfahrungen mit der Zisternenpunktion. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 143—145.) **31**, 225.
Heile, Über neue operative Wege zur Druckentlastung bei angeborenem Hydrocephalus (Ureter-Duraanastomose). (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 40, S. 2229—2236.) **33**, 327.
Kosyrev, A., Operative Behandlung des kongenitalen Hydrocephalus. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1924 in Rostov a. D. S. 114 bis 116.) (Russisch.) **36**, 348.
Linberg, B. E., und B. A. Bataschew, Zur Frage über Hydrocephalusbehandlung. (Chir. Fak.-Klin., Univ., Smolensk, Prof. Linberg.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 187—194.) (Russisch.) **33**, 37.

Maclaire, A. S., A new etiological factor in the production of some cases of hydrocephalus. Report of a case. (Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 62, Nr. 5, S. 498 bis 503.) **35**, 221.

Marriott, McKim, Hydrocephalus. (Dep. of pediatr., Washington univ. school of med., a. St. Louis children hosp., St. Louis.) (Med. clin. of North America Bd. 9, Nr. 1, S. 45—55.) *

Mitchell, A. Graeme, and Mendel Zeligs, Amount of cerebrospinal fluid in hydrocephalus. Method for estimation and its clinical application. (Rachford dep. of pediatr., univ., Cincinnati.) (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 30, Nr. 2, S. 189 bis 194.) **33**, 647.

Pólya, E., Heilung einer durch traumatisch-porencephalischen Hydrocephalus bedingten Epilepsie nach Resektion des Plexus chorioideus. (St. Stephanspit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 43, S. 2404—2409.) **33**, 467.

Sokolowski, M., und J. Irger, Die Lymphangioplastik des Unterhorns des Seitenventrikels als Behandlungsmethode bei Hydrocephalus internus. (II. chir. Klin., weißruss. Staatsuniv. Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 46, S. 2586—2589.) **33**, 872.

Tuberkulose des Gehirns und der Hirnhäute.

Koch, Konrad, Zur Frage der Heilbarkeit der tuberkulösen Meningitis. Zugleich ein Beitrag zur traumatischen Entstehung dieser Erkrankung. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 20, S. 793—794.) **33**, 36.

Tomasi, Luigi, Interessante caso di tubercoloma del lobo cerebellare destro. (Sez. chir. maschile, osp. civ., Udine.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 8, S. 277—279.) *

Velluda, C. C., Ein Fall von Solitärtuberkel im Vermis. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 10, S. 402—407.) (Rumänisch.) *

Whitaker, Lester R., A case of chronic tuberculous meningitis simulating brain tumor. (Surg. clin. a. dep. of pathol., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. review of tubercul. Bd. 11, Nr. 3, S. 175—183.) *

Cysticercus, Echinokokkus, Aktinomykose des Gehirns und der Hirnhäute.

Alurralde, Mariano, und Marcelino J. Sepich, Ein Fall von Cysticercus racemosus cerebralis. (Rev. de la soc. argentina de neurol. y psiquiatr. Bd. 1, Nr. 3, S. 65 bis 76.) (Spanisch.) *

Anders, H. E., Die Aktinomykose des Zentralnervensystems und seiner Häute. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg.) (Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 40, H. 1/2, S. 1—28.) *

Faworski, B. A., Echinokokkus des Großhirns. (Nervenabt., Taschkenter Militärhospit. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 15/16, S. 371—372.) (Russisch.) *

Llambias, Joaquin, und Alfredo Casaubon, Hypertrophie der Chitinmembran in einem Fall von Gehirnechinokokken. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 10, S. 505—509.) (Spanisch.) *

Omorokov, L., Über das Cysticercus des Zentralnervensystems und über einen operativen Eingriff in einem Falle von Kozewnikovscher Epilepsie. (Neurol.-psychiatr. Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 151—167.) (Russisch.) **38**, 425.

Pacheco e Silva, A. C., Contribution à l'étude de la cysticercose cérébrale chez l'enfant. (Mem. do hosp. de Juquery Jg. 2, Nr. 1, S. 167—175.) *

Allgemeines über Hirngeschwülste.

Bielschowsky, Max, Das multiple Ganglioneurom des Gehirns und seine Entstehung. (Kaiser Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch. u. Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. 32, H. 1/2, S. 1—20.) *

Bostroem, A., Über Hirntumoren. (Psychiatr. u. Nervenklin., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 9, S. 331—334.) **31**, 862.

Brain, W. Russell, A clinical study of increased intracranial pressure in sixty cases of cerebral tumour. (Brain Bd. 48, Nr. 1, S. 105—125.) *

Campanacci, D., Über ein Hamartom der Gehirnhäute. (Pathol.-anat. Univ.-Inst., Wien.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 32, S. 269—280.) *

Castex, Mariano R., J. J. Beretervide und S. Balestra, Hirntumor und Jacksonsche Epilepsie. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 14, S. 655—658.) (Spanisch.) *

Christiansen, Viggo, Les tumeurs du cerveau. Avec une préface de Pierre Marie. 2. édit. (Paris: Masson et Cie 1925. X, 399 S. Frcs. 45.—.) **35**, 488.

Claasens, J. D. M., Medical aspect of the diagnosis of intracranial tumours, including their pathology. (South african med. record Bd. 23, Nr. 24, S. 546—553.) *

Crabb, George M., Calcified brain tumor. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 4, S. 265—266.) **33**, 328.

Critchley, Macdonald, Brain tumours in children: Their general symptomatology. (Nat. hosp. f. the paralysed a. epileptic, London.) (Brit. journ. of childr. dis. Bd. 22, Nr. 262/264, S. 251—264.) **35**, 222.

Cushing, Harvey, Cameron lectures. III. Intracranial tumours and the surgeon. (Lancet Bd. **209**, Nr. **19**, S. 956—962.) **35**, 315.

Dandy, Walter E., Intracranial tumors and abscesses causing communicating hydrocephalus. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. **2**, S. 199—207.) *

Dessel, Arthur van, L'incidence et le processus de calcification dans les gliomes du cerveau. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. **10**, S. 845—874.) *

Elsberg, Charles A., Problems in the diagnosis and treatment of infiltrating tumors of the cerebral hemispheres, with remarks on a new surgical procedure. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. **3**, S. 324—332.) **33**, 795.

Elsberg, Charles A., Remarks on the gross and microscopical structure of tumors of the central nervous system, with special reference to malignancy, metastases, recurrences after removal, and removability. (Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 1/5, S. 48—56.) *

Elsberg, Charles A.. and Samuel Silbert, Changes in size and relations of lateral ventricles in tumors of brain. A prelim. report. (Laborat. f. exp. neurol., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., Mount Sinai hosp. a. New York neurol. inst., New York.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 4, S. 489—501.) **34**, 66.

Eskuchen, K., Die bisherigen Erfahrungen mit der Zisternenpunktion. (**14**. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **84**, H. 1/3, S. 143—145.) **31**, 225.

Fedoroff, Helena, und Frieda Bogorad, Zur Klinik der Angiome des Großhirns. (Nervenklin., II. Staatsuniv., Moskau.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **94**, H. 4, S. 497—506.) *

Globus, Joseph H., and Israel Strauss, Spongioblastoma multiforme. A primary malignant form of brain neoplasm: Its clinical and anatomic features. (Neurol. div. a. pathol. laborat., Mt. Sinai hosp., New York.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 2, S. 139—191.) **33**, 468.

Hertle, J., und H. Zingerle, Beitrag zur Klinik und chirurgischen Behandlung von Gehirngeschwülsten. (Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **31**, H. 3/4, S. 152—209.) **32**, 14.

Jánossy, Julius, Über Punktion der Cisterna cerebello-medullaris. (Med. Klin., Univ. Debreczen.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 2, S. 55—56.) **31**, 862.

Jessen, Haagen, Opererter Fall von Hirngeschwulst. (St. Josefs Hosp. og Kommunehosp., Aarhus.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 53, S. 1193—1195.) (Dänisch.) *

Mattirolo, Gustavo, La diagnosi precoce del cancro del sistema nervoso centrale. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35, S. 80—86.) *

Melkersson, Ernst, Zwei Fälle von verkalktem Hirntumor mit relativer Heilung. (Serafimerlas., Stockholm.) (Hygiea Bd. **87**, H. 22, S. 817—829.) (Schwedisch.) **34**, 488.

Neubürger, Karl, Über das Auftreten von Gliomen nach Kriegsschußverletzungen des Gehirns. (Kaiser Wilhelm-Inst. u. Krankenh., München-Schwabing.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 13, S. 508—510.) **33**, 37.

Overhamm, Gregor, Jackson-Epilepsie auf Grund von Gehirnmetastasen eines primären Schilddrüsencarcinoms. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 5, S. 755—762.) *

Pauli, W. E., und E. v. Redwitz, Bemerkungen zur Konstruktion und Verwendung der Meyer-Schlüterschen Sonde. (Chir. Univ.-Poliklin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 343—348.) **33**, 706.

Pötzl, O., Über eine eigenartige psychische Enthemmungsreaktion nach Punktion einer Cyste in der vorderen Schweifkerngegend. (Dtsch. psychiatr. Klin., Univ. Prag.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **98**, H. 3/4, S. 405—432.) *

Pussep, P., Zur Symptomatologie und Differentialdiagnose einer Geschwulst des Corpus striatum und Encephalitis epidemica mit Symptomen einer Hirngeschwulst. (Nervenklin., Univ. Tartu.) (Festschr. z. Jubil. v. Prof. Rossolimo 1925.) (Russisch.) **38**, 211.

Rabinowitsch, A., Ein Fall von Hirntumor unter dem Bilde einer epidemischen Encephalitis. (Nervenklin., II. Staatsuniv., Moskau.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2. S. 67—74.) *

Sachs, Ernest, Some surgical aspects of the pathology of gliomas of the brain. (Neurosurg. serv., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 893—900.) **32**, 359.

Sachs, Ernest, Various types of pathologic lesions of the central nervous system that are readily amenable to surgical measures. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1195—1212.) **34**, 292.

Sahlgren, Ernst, Hat die Liquoruntersuchung irgendwelche Bedeutung für die Lokalisierung der Hirngeschwülste? (Nervenklin., Karolinisches Inst., Stockholm.) (Svenska läkaresällskapets handl. Bd. **51**, H. 1, S. 53—60.) (Schwedisch.) **32**, 358.

Schönbauer, L., Zur Diagnostik und Indikationsstellung der Tumoren des Großhirns und des Kleinhirns. (Chir. Univ.-Klin., Harvard Univ., Boston.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 4, S. 516—524.) **32**, 872.

Schönbauer, L., Zur operativen Technik der Hirntumoren. (Beobachtungen an Cushings Klinik in Boston.) (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 5/6, S. 343—352.) **35**, 222.

Sommer, Ignaz, Hemianopsie bei Gehirntumor. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 46, S. 2557—2560.) *

Spurling, R. G., and C. L. Maddock, The cerebrospinal fluid in tumor of the brain. (Surg. serv., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 1, S. 54—63.) *

Stenvers, H. W., Position of the head in cerebral tumors above and below the tentorium. (Neuropsychiatr. clin., univ., Utrecht.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **13**, Nr. 6, S. 711—723.) **33**, 648.

Stenvers, H. W., und J. B. Waller, Über die Behandlung nichtoperabler Gehirngeschwülste. (Psychiatr.-neurol. en chir. klin., univ., Utrecht.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 15, S. 1648—1665.) (Holländisch.) **34**, 489.

Tophoff, H., Ein Fall von Cavernoma cerebri. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Apoplexie in jugendlichem Alter. (Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. **86**, H. 5/6, S. 285—294.) *

Veraguth und R. Brun, Hirngeschwulst und Unfall. (Rev. suisse des acc. du travail Jg. **19**, Nr. 3, S. 49—68.) *

Volland, Über traumatische Gliomentstehung. (Bemerkungen zu den Ausführungen K. Neubürgers in Nr. 13, 1925 dieser Wochenschrift.) (Epilept. Anst., Bethel b. Bielefeld.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 37, S. 1544—1546.) *

Whitaker, Lester R., A case of chronic tuberculous meningitis simulating brain tumor. (Surg. clin. a. dep. of pathol., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. review of tubercul. Bd. **11**, Nr. 3, S. 175—183.) *

Wilson, G., and N. W. Winkelman, Concerning the sudden onset of symptoms in brain tumors. (Atlantic med. journ. **28**, S. 285.) **32**, 359.

Geschwülste der Hirnhäute und Ventrikel.

Bailey, Percival, Quelques nouvelles observations de tumeurs épendymaires. (Clin. neuro-chir. du prof. Harvey Cushing, Boston.) (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. **2**, Nr. 6, S. 481—512.) **36**, 873.

Bargo, Antonio M., Hirnechinokokkus und Hydrocephalus eines Ventrikels. (Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 12, S. 1349—1359.) (Spanisch.) **35**, 692.

Carpi, U., Ependimoma del quarto ventricolo a decorso pseudo-meningitico cronico. (Div. med., osp. magg., Milano.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 27, S. 627 bis 628.) *

Davis, Loyal E., and Harvey Cushing, Papillomas of the choroid plexus. With the report of six cases. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **13**, Nr. 6, S. 681—710.) **33**, 201.

Defrise, Aldo, Sopra un caso di ependimite cronica nodulare gliomatosa. (Osp. magg. [Milano] Jg. **13**, Nr. 6, S. 163—171.) *

Gucci, Giuseppe, Tumore angiomatoso della dura madre cerebrale a strana sintomatologia e di difficile interpretazione istologica. (Osp. Alberti, S. Giovanni Valdarno.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 11, S. 544—556.) **34**, 685.

Hofmeister, F. v., Piales Epidermoid der Hirnbasis von ungewöhnlicher Größe, mit Erfolg operiert. (Karl-Olga-Krankenh., Stuttgart.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 857—862.) **31**, 864.

Orzechowski, C., et W. Mitkus, De la forme parkinsonienne des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (Considérations sur la symptomatologie des tumeurs du IIIe ventricule.) (Clin. neurol., univ., Varsovie.) (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 2, Nr. 1, S. 1—17.) **34**, 688.

Pólya, E., Heilung einer durch traumatisch-porencephalischen Hydrocephalus bedingten Epilepsie nach Resektion des Plexus chorioideus. (St. Stephanspit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 43, S. 2404—2409.) **33**, 467.

Riehl jr., Gustav, Zur Pathologie der sogenannten Endotheliome der Dura mater. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arb. a. d. neurol. Inst. d. Wiener Univ. Bd. **27**, H. 2/3, S. 397—414.) **34**, 893.
Timmer, A. P., Ein Fall von Lipombildung in den weichen Hirnhäuten an der Basis cerebri. (Prov. ziekenh., Santpoort.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 25, S. 2782—2788.) (Holländisch.) **35**, 222.
Töppich, G., Die Zottenkrebse des Adergeflechtes der Rautengrube. (Pathol. Inst., Univ. Königsberg.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 238—247.) **34**, 292.
Weiser, Arthur, Zur Kenntnis der Knochenbildung an der cerebralen Fläche der Duraendotheliome. (Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 6, S. 405—413.) **32**, 753.
Woelk, H. A., Ein Lipom des 3. Gehirnventrikels. (Pathol. Inst., Danzig.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Nr. 13, S. 357—360.) **33**, 468.
Wüllenweber, Gerhard, Aneurysma des Plexus chorioideus mit Stauungspapille. (Med. Univ.-Klin., Lindenburg-Köln.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 4/6, S. 287—290.) **32**, 234.

Stirn-, Scheitel-, Schläfenlappengeschwülste und Geschwülste des Corpus callosum.

Pötzl, O., und H. Schloffer, Operative Behandlung einer Cyste im linken Schweifkern. (Vorläufige Heilung; eigenartige psychische Enthemmungsreaktion.) (Dtsch. chir. u. dtsch. psychiatr. Klin., Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 1, S. 8—12.) **31**, 863.
Sarbó, Arthur von, Ein Fall von Stirnhirngeschwulst mit Beteiligung des Zwischen- und Mittelhirngebietes. Ein neuer histopathologisch unterstützter Beitrag zur „rubralen Ataxie". (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 4, S. 168—170.) *
Schwab, Zur Diagnose der Schläfenlappentumoren. (14. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Nervenärzte, Innsbruck, Sitzg. v. 24.—26. IX. 1924.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 84, H. 1/3, S. 38—44.) **32**, 16.

Kleinhirngeschwülste (Cysten eingeschlossen).

Alurralde, Mariano, und Marcelino J. Sepich, Ein Fall von Tumor des Kleinhirnvermis. (Rev. de la soc. argentina de neurol. y psiquiatr. Bd. **1**, Nr. 4, S. 103—124.) (Spanisch.) *
Bailey, Percival, and Harvey Cushing, Medulloblastoma cerebelli: A common type of midcerebellar glioma of childhood. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 2, S. 192—224.) **35**, 315.
Kudisch, B., und M. Lewantowski, Zur Chirurgie der Kleinhirngeschwülste. (I. chir. Fakultätsklin., med. Hochsch., Charkoff, Prof. Trinkler.) (Wratschebnoje djelo Jg. **8**, Nr. 6, S. 467—472.) (Russisch.) **32**, 752.
Olivecrona, Herbert, Einige Erfahrungen über operative Eingriffe in der hinteren Schädelgrube. (Kir. klin., Serafimer las., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 24, S. 689—696.) (Schwedisch.) **33**, 467.
Pötzl, O., Bemerkungen über den Jaksch-Schlofferschen Fall von Kleinhirnresektion. (Psychiatr. Klin., dtsch. Univ., Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 41, S. 1524 bis 1527.) **33**, 424.
Porges, Otto, Über Pylorospasmus bei einem Kleinhirntumor mit Druck auf den dorsalen Vaguskern. (I. Med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 6, S. 173—174.) *
Ruskich, V., Zur Symptomatologie der Tumoren des Kleinhirns und zur Cystenbildung in demselben. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. **21**, Nr. 11, S. 1182—1196.) (Russisch.) **36**, 800.
Schloffer, H., Ausgedehnte Abtragung einer Kleinhirnhemisphäre. (Chir. Klin., dtsch. Univ., Prag.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 41, S. 1521—1524.) **33**, 424.
Waldorp, Carlos P., Zum Studium der Tumoren des Kleinhirnwurms. (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. **37**, Nr. 231, S. 26—45.) (Spanisch.) *

Kleinhirnbrückenwinkel-, Acusticus-, Brücken-, Sehhügelgeschwülste, sonstige Geschwülste der Basis.

Alurralde, Mariano, und Marcelino J. Sepich, Tumor des Brücken-Kleinhirnwinkel. (Endotheliom der Dura.) (Clin. neurol., hosp. J. M. Ramos Mejia. Buenos Aires.) (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. **38**, Nr. 239/240, S. 445—457.) (Spanisch.) **38**, 211.
Amossov, M. M., Zur Frage über die Pathogenese der Kleinhirn-Brückenwinkeltumoren. Die Lehre über die Glyoblastosen. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **9**, H. **1**, Nr. 33, S. 40—50.) (Russisch.) *
Benvenuti, Ezio, Sui tumori del ponte di varolio. Contributo clinico ed anatomopatologico. (Osp. civ., Como.) (Clin. med. ital. Jg. **56**, Nr. 2, S. 153—186.) *

Bolten, G. C., Ein Fall von Tumor des N. acusticus. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 11, S. 1231—1235.) (Holländisch.) *
Dandy, Walter E., Contributions to brain surgery. A. Removal of certain deep-seated brain tumors. B. Intracranial approach with concealed incisions. (Dep. of surg., Johns Hopkins hosp. a. univ., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 513—525.) 33, 467.
Dandy, Walter E., An operation for the total removal of cerebellopontile (acoustic) tumors. (Dep. of surg., Johns Hopkins hosp. a. univ., Baltimore.) (Surg., gynecol. a obstetr. Bd. 41, Nr. 2, S. 129—148.) 33, 796.
Fleming, G. W. T. H., and H. A. Cookson, A case of multiple neurofibromata associated with a true angioneurofibroma of the acoustic nerve, Jacksonian epilepsy and osteoporosis. (Sunderland mental hosp. a. pathol. dep., Sunderland roy. infirm., Durham.) (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 6, Nr. 22, S. 104—113.) *
Hofmeister, F. v., Piales Epidermoid der Hirnbasis von ungewöhnlicher Größe, mit Erfolg operiert. (Karl-Olga-Krankenh., Stuttgart.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 16, S. 857—862.) 31, 864.
Neiding, M., Geschwulst des Mittelhirns. (III. Sowjetspit., Odessa.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 88, H. 1/2, S. 75—82.) 34, 686.
Olivecrona, Herbert, Einige Erfahrungen über operative Eingriffe in der hinteren Schädelgrube. (Kir. klin., Serafimerlas., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 24, S. 689—696.) (Schwedisch.) 33, 467.
Olivecrona, Herbert, Diagnose und Behandlung der Acusticustumoren. (Serafimerlasarett., kir. klin., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 48, S. 1345 bis 1354 u. Nr. 49, S. 1377—1390.) (Schwedisch.) 35, 91.
Rand, Carl Wheeler, Intracranial dermoid cysts. Report of a case, with operative findings. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 3, S. 346—357.) 33, 372.
Scheele, K., Beseitigung einer postoperativen Hinterhauptcyste. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 227—228.) 31, 440.
Sosman, Merrill C., A consideration of aneurisms of the internal carotid artery and tumours at the base of the brain. (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 305, S. 468 bis 471.) 34, 686.
Werewkin, M., Ein Fall von Operation einer Brückenkleinhirnwinkelgeschwulst. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 130 bis 132. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) 34, 686.

Zirbeldrüse.

Amodei, Pietro, Due casi di struma adenomatoso cistico della Epiphysis cerebri. (Istit. di anat. patol., univ., Palermo.) (Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 4, S. 431—442.) *
Arland, J. P., Excision of the pineal body of a monkey under intra-arterial anæsthesia. (Indian stat. hosp., Kirkee.) (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 8, S. 361—362.) 35, 695.
Berblinger, W., Zur Kenntnis der Zirbelgeschwülste. (Zirbelcarcinom mit Metastasen.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 95, H. 5, S. 741—761.) 32, 701.
Horrax, Gilbert, and Percival Bailey, Tumors of the pineal body. (Surg. clin. Peter Bent Brigham hosp. Boston.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 13, Nr. 4 S. 423—470.) *
Meduna, László, Die Entwicklung der Zirbeldrüse im Säuglingsalter. (Magyar orvosi arch. Bd. 25, H. 6, S. 552—557.) (Ungarisch.) 32, 333.
Mehrtens, Henry G., and Robert R. Newell, Displacement of the pineal gland in head injury. Report of a case. (Neurol. a. X-ray laborat., Stanford univ. med. school, San Francisco.) (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 6, Nr. 23, S. 198 bis 200.) *

Hypophysis.

Anatomie und Physiologie der Hypophysis.

Astrov, M. S., Über den Zugang zur Hypophyse mit besonderer Berücksichtigung der Schädelform und Topographie des Keilbeins. (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Borovskij u. anat. Inst., Prof. Zimmermann, Univ. Taschkent.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 581—590.) (Russisch.) 35, 283.
Bell, W. Blair, An address on infundibulin: The indications for its use in surgical and obstetrical practice. (Roy. infirmary, Liverpool.) (Brit. med. journ. Nr. 3362, S. 1027—1031.) 33, 650.

Beresow, I. L., Endokrine Drüsen, vegetatives Nervensystem und Blut. Die Hypophyse und das Blutbild. (Propädeut. chir. Klin., Prof. Herzen, I. Univ. Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 4, S. 494—503.) (Russisch.) **35**, 692.

Dandy, Walter E., and Frederick Leet Reichert, Studies on experimental hypophysectomy. I. Effect on the maintenance of life. (Dep. of surg., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **37**, Nr. **1**, S. 1 bis **13**.) **33**, 649.

Goldhammer, Karl, und Arthur Schüller, Die Varietäten der Sella turcica. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. **6**, S. 894—900.) **34**, 627.

Nukariya, Seiichi, Keimdrüse und Hypophyse. Vorl. Mitt. (Physiol. Inst., dtsch. Univ., Prag.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 27, S. 1307—1308.) **33**, 650.

Pines, J.-L. Ja., Über die Innervation der Hypophysis cerebri. I. Mitt. (Staatsinst. f. Hirnforsch., Leningrad.) (Journ. f. Psychol. u. Neurol. Bd. **32**, H. 1/2, S. 80 bis 88.) **34**, 687.

Pathologie der Hypophysis.

Bailey, Percival, and Leo M. Davidoff, Concerning the microscopic structure of the hypophysis cerebri in acromegaly. (Surg. clin. a. laborat., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 2, S. 185—207.) **32**, 332.

Borghi, Bruno, Contributo all'anatomia patologica del peduncolo ipofisario. (Osp. magg. [Milano] Jg. **18**, Nr. **3**, S. 89—93.) **32**, 701.

Chlaponiná, S., Hypertrophie der Mamma als Frühsymptom der Akromegalie. (Festschr. z. 25jähr. Jubiläum des Maximilian-Krankenhauses in Leningrad S. 87—90.) (Russisch.) **36**, 357.

Dott, Norman M., and Percival Bailey, A consideration of the hypophysial adenomata. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Brit. journ. of surg. Bd. **13**. Nr. 50, S. 314—366.) **34**, 687.

Eguchi, Katsushiro, Über einen Fall von Hypophysentuberkulose. (Pathol. Inst., Izumibashi-Charité, Tokyo.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. **14**, S. 55—60.) **37**, 18.

Harms, Helene, Über das Vorkommen der Stauungspapille bei Hypophysentumoren. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Arch. f. Augenheilk. Bd. **97**, H. **1**, S. 46 bis 67. **35**, 284.

Herzog, Ferenc, Charakteristisches Symptom der Akromegalie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 11, S. 228—229.) (Ungarisch.) *

Herzog, Franz, Über ein charakteristisches Symptom der Akromegalie. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 32, S. 1545—1546.) *

Kaplan, Iva I., Roentgen-ray therapy in pituitary tumor. (Bellevue a. Beth Israel hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. **4**, S. 268—269.) *

Kostič, D., Über drei Fälle von Hypophysentumoren operiert auf transphenoidalem Wege. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 7, S. 337—344.) (Serbisch.) **35**, 285.

Lautenschläger, A. Zur Hypophysenoperation. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 104—110.) **34**, 688.

Mehrtens, Henry G., and Robert R. Newell, Displacement of the pineal gland in head injury. Report of a case. (Neurol. a. X-ray laborat., Stanford univ. med. school, San Francisco.) (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. **6**, Nr. 23, S. 198 bis 200.) *

Meyer, Max, Über Geschwülste der Hypophysengegend. (Hypophysentumoren, Hypophysengangstumor, Hirnbasis-Cholesteatom.) (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Bd. **22**, H. **5**, S. 127—147.) **33**, 329.

Orzechowski, C., et W. Mitkus, De la forme parkinsonienne des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (Considérations sur la symptomatologie des tumeurs du III[e] ventricule.) (Clin. neurol., univ., Varsovie.) (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 2, Nr. 1. S. 1—17.) **34**, 688.

Rand, Carl Wheeler, Intracranial dermoid cysts. Report of case, with operative findings. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 3, S. 346—357.) **33**, 372.

Simonds, J. P., Studies on the pathology of the hypophysis. V. Abscess of the hypophysis. (Dep. of pathol., Northwestern univ. med. school, Chicago.) (Endocrinology Bd. **9**, Nr. 2, S. 117—121.) **33**, 329.

Simonds, J. P., and W. C. Brandes, The pathology of the hypophysis. I. The presence of abnormal cells in the posterior lobe. (Dep. of pathol., Northwestern univ. med. school, Chicago.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. **2**, S. 209—216.) **32**, 333.

Vejdovský, V., Geschwulst des Hirnanhanges während der Gravidität. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 42, S. 1504—1507.) (Tschechisch.) *

Worms, G., et G. Delater, Destruction totale de l'hypophyse par tumeur d'origine rhinopharyngée sans syndrome dit hypophysaire. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 2, Nr. 3, S. 361—369.) *

Zeiner-Henriksen, K., Ein mit Pituitrin behandelter Fall von Hypophysentumor. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 8, S. 818—819.) (Norwegisch.) **33**, 330.

Auge.

Allgemeine Pathologie der Augen.

Behr, Carl, Die Differentialdiagnose zwischen der reflektorischen Pupillenstarre und der sogenannten traumatischen reflektorischen Starre (pseudoreflektorischen Starre). (Univ.-Augenklin., Hamburg.) (Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **58**, H. 1/2, S. 27—38.) *

Bjerrum, O., 2 Fälle von Orbitalentzündung nach Zahnleiden. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 51, S. 1131—1133.) (Dänisch.) *

Esch, A., Allgemeine Gesichtspunkte für die Behandlung orbitaler Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen. (Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Leipzig.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 38, S. 1826—1829.) *

Gumperz, R., Ein Fall von Pseudotumor des Oberkiefers, verursacht durch Amyloidose der Tränenwege. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **9**, H. 4, S. 434 bis 438.) **32**, 137.

Morax, V., Durch Streptotrix hervorgerufene Osteo-Periostitis der Orbita. (Archiv ophthalmologii Bd. **1**, H. 2, S. 178—186.) (Russisch.) **37**, 19.

Mylius, K., Zur Klinik der akut entzündlichen Orbitalerkrankungen. (Univ.-Augenklin., Hamburg-Eppendorf.) (Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **56**, H. 5/6, S. 302 bis 319.) **35**, 316.

Schieck, F., Über doppelseitige chronische Orbitalphlegmone (Sepsis lenta orbitae.) (Ber. über d. 47. Zusammenkunft d. dtsch. ophth. Ges., Heidelberg 1925, S. 133 bis 136.) **38**, 429.

Torrigiani, C. A., e G. Pereyra, Esoftalmo da ascesso cronico retroorbitario di difficile diagnosi. (Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. **2**, H. 2, S. 143—151.) *

Verletzungen des Auges.

Braunstein, E., Über Ersatz des unteren Lides in seiner ganzen Dicke, kombiniert mit Transplantation des Wimperrandes. (v. Graefes Arch. f. Ophth. Bd. **115**, H. 3, S. 456—458.) **33**, 201.

D'Alessandro, Adolfo, Blepharoplastiken mit autoplastischer Hauttransplantation. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 51, S. 1531—1534.) (Spanisch.) *

Wick, W., Plastische Neubildung von Augenbrauen und Wimpern. (Akad.-Augenklin., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. Augenheilk. Bd. **55**, H. 5, S. 322—324.) **33**, 202.

Pulsierender Exophthalmus.

Emilio, Raverdino, Guarigione di un caso di esoftalmia intermittente da varici dell'orbita. (Rep. oculist., osp. civ., Brescia.) (Boll. d'oculist. Jg. **4**, Nr. 3, S. 174—193.) *

Fernández Balbuena, Félix, Über die Behandlung des Exophthalmus pulsatilis mit intravenösen Injektionen von Gelatin-Serum. (Siglo méd. Bd. **76**, Nr. 3752, S. 453.) (Spanisch.) *

Torrigiani, C. A., e G. Pereyra, Esoftalmo da ascesso cronico retroorbitario di difficile diagnosi. (Riv. oto-neuro-oftalmol. Bd. **2**, H. 2, S. 143—151.) *

Ectropium-, Entropium-, Ptosisoperationen.

Averbach, M., Ein kurzer Beitrag zur Frage der Lidplastik mittels des runden migrierenden Stiels. (Archiv ophthalmologii Bd. **1**, H. 2, S. 209—212.) (Russisch.) **37**, 18.

Imre jr., J., Plastische Operationen des Unterlides. (Ber. über d. 45. Zusammenkunft d. dtsch. ophth. Ges., Heidelberg 1925. S. 277.) *

Geschwülste des Auges und der Augenhöhle.

Arnold, Hans, Ein Fall von kavernösem Angiom der Orbita mit glatten Muskelfasern. (Med. Fak. Univ., Erlangen.) (Dissertation: Erlangen 1925.) *

Aulamo, Rauno, Ein anatomisch untersuchter, durch Operation geheilter Fall von Cephalocele orbitae. (Augenklin. u. chir. Klin., Univ. Helsingfors.) (Acta ophth. Bd. **2**, H. 3, S. 286—290.) **33**, 202.

Car, Andrija, Beitrag zum Sarkom der Orbita. (Ophth. Klin., Univ. Zagreb.) (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 11, S. 736—742.) *

Cattaneo, Donato, Teratomi cistici dell'orbita. (Clin. oculist., univ., Roma.) (Ann. di ottalmol. e clin. oculist. Jg. **53**, H. 5/6, S. 556—572.) *

Gipner, John F., Mucocele of the frontal sinus simulating orbital neoplasm. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 3, S. 881—885.) *

Lotin, A. W., Zur Frage der Encephalocele der Orbita. (Verhandl. d. Leningrader ophth. Ges., Sitzg. v. 21. II. 1924.) (Russkij oftalmologičeskij žurnal Bd. **4**, Nr. 2, S. 181.) (Russisch.) **33**, 202.

Preobraženskij, W. N., Hautplastik nach Filatov. (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 21, S. 513—514.) (Russisch.) **35**, 317.

Wood, J., Hydatid cysts of the orbit. (Brit. journ. of ophth. Bd. **9**, Nr. 1, S. 4—6.) *

Nase und Nebenhöhlen.

Allgemeine Pathologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen.

Bauer, Theodor, und Oscar Beck, Atlas der Histopathologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. 5. u. 6. Liefg. (Leipzig: Curt Kabitzsch 1925. 16 Taf. mit Text. RM. 10.—.) **31**, 598.

Bauer, Theodor, und Oscar Beck, Atlas der Histopathologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. 7. u. 8. Liefg. (Leipzig: Curt Kabitzsch 1925. 16 Taf. mit Text. RM. 10.—.) **31**, 598.

Bauer, Theodor, und Oscar Beck, Atlas der Histopathologie der Nase und ihrer Nebenhöhlen. 9. u. 10. Liefg. (Leipzig: Curt Kabitzsch 1925. 20 Taf. mit Text. RM. 10.—.) **31**, 598.

Bergis, R., et Tasso Asteriadès, Essai de traitement de l'ozène par la sympathicectomie péri-carotidienne externe. (Hôp. franç., Salonique.) (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 52, S. 1416—1418.) *

Boss, Leo, Zur Diagnose und Behandlung des rhinogenen Stirnhirnabscesses (Bericht über 2 Fälle). (Allerheiligen-Hosp., Breslau.) (Folia-oto-laryngol., I. Tl., Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. **13**, H. 2, S. 128—135.) *

Esch, A., Allgemeine Gesichtspunkte für die Behandlung orbitaler Komplikationen der Nebenhöhlenentzündungen. (Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Leipzig.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 38, S. 1826—1829.) *

Fink, E. B., The intracranial complications of posterior sinus infections. Report of an unusual case with autopsy findings. (Cook county hosp. a. dep. of pathol. a. bacteriol., Chicago coll. of dental surg., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 589—600.) **33**, 706.

Fleischmann, Diagnostik der otogenen und rhinogenen Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßh. 1. Tl., S. 1—35.) *

Harris, Thomas J., Furuncle of hte nose. Report of a case resulting in septicemia, treated successfully by injections of mercurochrome. (Post-graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1967—1968.) **34**, 233.

Hyde, F. T., Ligation of the external carotid artery for the control of idiopathic nasal hemorrhage. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 12, S. 899—902.) **35**, 286.

Levie, D. J. de, Tamponade der Nase mittels Luft. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 8, S. 891—895.) (Holländisch.) **32**, 277.

Reder, Francis, Congenital defect of the left ala of nose. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1313—1320.) **34**, 233.

Rosenblatt, M., Zur Klinik intrakranieller Komplikationen bei Nasen- und Ohrerkrankungen. (Verhandl. d. 2. chir. Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 111—113. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *

Salinger, Samuel, An adjustable splint for fractures of the nose. (Illinois med. journ. Bd. **48**, Nr. 4, S. 304—306.) **34**, 343.

Yerger, C. F., Cerebrospinal fluid as index of otorhinogenic intracranial complications. (Otorhinolaryngol. dep., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 6, S. 424—428.) **33**, 705.

Nasenplastik.

Baldenweck, L., et L. Cuvillier, La correction de certaines difformités nasales par défaut et le procédé de J.-D. Lewis. (Arch. internat. de laryngol., otol-rhinol. et broncho-œsophagoscopie Bd. **4**, Nr. 1, S. 23—30.) **31**, 598.

Basavilbaso, Jorge, Über Nasenplastik. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 12, S. 445—446.) *

Basavilbaso, Jorge, Zwei Fälle von Nasenplastik. (Nasenverkleinerungsplastik und Rhino-Kyphosis.) (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 115, S. 824—825.) (Spanisch.) *

Beck, Joseph C., A resume of the status of plastic surgery about the face, head and neck. (Clin., drs. Joseph C. Beck, Harry L. Pollock a. Francis L. Lederer, North Chicago hosp., Chicago.) (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. **18**, Nr. 5, S. 167—184.) **32**, 279.

Blair, Vilray P., Total and subtotal restoration of the nose. (Surg. dep., Washington univ. med. school, Saint Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1931—1935.) **34**, 689.

Bogorodizky, W. A., Rhinoplastik mit silbernem Gerüst. (Gouvernementshosp., Tambow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 50, S. 2830—2835.) **34**, 233.

Bourguet, Chirurgie esthétique de la face. Les nez concaves, les rides et les „poches" sous les yeux. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 4, S. 293—297.) **33**, 304.

Carter, William Wesley, How soon should nasal deformities, due to abscess of the septum, be corrected by transplantation of bone? (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 5, S. 247—248.) **33**, 573.

Dufourmentel, L., Chirurgie des déformations non pathologiques du nez. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 4, S. 273—292.) **33**, 304.

Frers, Ernesto T., Chirurgische Verbesserung der äußeren Nasendeformitäten. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 21, S. 765—766.) (Spanisch.) *

Jianu, Ion, Ein neues Verfahren der Rhinoplastik mit Hilfe eines Fingers. (Serv. chir. spit. Colentina, Bucuresti.) (Rev. de chir. Jg. **17**, Nr. 1, S. 9—18.) (Rumänisch.) *

Joffe, B. S., Zur Frage der Rhinoplastik und der Verwendung eines gestielten Lappens. (Abt. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Gouvernementskrankenh., Twer.) (Russkaja otolaryngologija Bd. **2**, Nr. 5, S. 358—365.) (Russisch.) **35**, 389.

Ivy, Robert H., Repair of acquired defects of the face. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 3, S. 181—185.) **33**, 373.

Kazanjian, V. H., Treatment of nasal deformities with especial reference to nasal prosthesis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 3, S. 177—181.) **32**, 276.

Kovács, F., Die Erfolge der plastischen Nasenoperationen. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10—12. IX. 1925.) **34**, 232.

Maliniak, Jacques, Causes of failure in corrective rhinoplasty, lantern demonstration. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 11, S. 832—843.) **36**, 679.

New, Gordon B., Plastic surgery of the nose. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 3, S. 721—728.) **33**, 304.

Pascual de Juan, Verbesserung der Sattelnase durch alloplastische Rhinometathesis ohne Narbe. (Rev. española y americ. de laringol., otol y rinol. Jg. **16**, Nr. 5, S. 257 bis 272 u. Nr. 6, S. 321—328.) (Spanisch.) **36**, 679.

Pierce, George Warren, Plastic surgery of the nose. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 469—475.) **32**, 277.

Pini, Raúl, und Raúl Becco, Ein Fall von Rhinoplastik nach Trauma. (Prensa méd. argentina Jg. **12**, Nr. 5, S. 187—190.) (Spanisch.) **34**, 232.

Reder, Francis, Congenital defect of the left ala of nose. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1313—1320.) **34**, 233.

Sheehan, J. Eastman, Plastic surgery of the nose. (New York: Paul B. Hoeber 1925. 270 S. $ 10.—.) *

Sheehan, J. Eastman, Plastic repair of the syphilitic nose. (Eye a. ear hosp., Brooklyn,) (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 1, S. 22.) *

Tanturri, Domenico, Rinoplastica in adulto con trapianto di costola di coniglio. (Rep. clin. oto-rino-laringoiatr., osp. d. spec. di S. Maria Egiziaca, Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terapia Jg. **6**, Nr. 8, S. 511—515.) **34**, 232.

Večtomov, A., Über die Anwendung des Stiellappens nach Filatov bei plastischer Wiederherstellung der Nasenflügel mit Hilfe partieller Ohrmuscheltransplantation. (Permskij medicinskij žurnal Bd. **3**, Nr. 5/6, S. 75—84.) (Russisch.) **37**, 809.

Watson-Williams, E., A method of nasal plastic repair by cartilage graft. (Brit. med. journ. Nr. **3387**, S. 987—988.) **35**, 389.

Wodak, Ernst, Praktische Winke zur korrektiven Nasenplastik. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 42, S. 1573—1575.) **35**, 286.

Geschwülste der Nase, des Nasen-Rachenraumes und der Nebenhöhlen einschließlich Polypen.

Barnes, E. Broughton, A diathermy snare for removal of postnasal growths. (Brit. med. journ. Nr. **3344**, S. 211.) *

Casadesús und Landete, Ein neues diagnostisches Symptom der malignen Tumoren des Sinus maxillaris. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 411—417.) (Spanisch.) **35**, 390.

Citelli, S., Il mio metodo di resezione supero-interna del mascellare superiore nei tumori maligni delle fosse nasali e cavità vicine. (Trattamento operativo dei tumori maligni del naso e cavità limitrofe.) (Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. **36**, H. 12. S. 795—804.) *

Citelli, Sur un cas de kyste à échinocoque du sinus frontal. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 7, S. 236—238.) *

Claus, Zur Operation der bösartigen intranasalen Geschwülste. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Festschr. f. Prof. L. T. Lewin, S. 13—15. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 233.

Gipner, John F., Mucocele of the frontal sinus simulating orbital neoplasm. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 3, S. 881—885.) *

Ivata, N., Zur Kenntnis der malignen Nasennebenhöhlengeschwülste bei Jugendlichen. (I. Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.) (Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 5/6, S. 302—312.) **34**, 689.

Klestadt, Walter, und Hans Martenstein, Die kombinierte, operative und radiologische Behandlung der Nasen-Nebenhöhlenkrebse. (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh. u. f. Hautkrankh., Univ. Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 4, S. 626—684.) **33**, 573.

New, Gordon B., The treatment of malignant tumors of the pharynx and nasopharynx. (Sect. on laryngol., oral a. plastic surg., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 177—182.) **32**, 277.

New, Gordon B., and Fred A. Figi, Treatment of fibromas of the nasopharynx: Report of thirty-two cases. (Sect. on laryngol. oral a. plast. surg., May clin., Rochester.) (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. **34**, Nr. 1, S. 191—196.) **33**, 305.

Reverchon et Worms, Myxofibrome du cavum et de la fosse nasale simulant un fibrome naso-pharyngien. (Soc. d'otorhinolaryngol., Paris, 11. XII. 1924.) (Oto-rhino-laryngol. internat. Bd. **9**, Nr. 1, S. 35—36.) *

Saxén, Arno, Studien über die von der Nase und ihren Nebenhöhlen ausgehenden primären Papillome und Carcinome. (Finska läkaresällskapets handl. Bd. **67**, Nr. 12, S. 1064—1090.) (Schwedisch.) *

Seelig, M. G., Rhinophyma. (Jewish hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1381—1386.) *

Vasilenko, D., Zur Frage der operativen Behandlung der fibrösen Nasenrachenpolypen. (Chir. Klin., Prof. Abrojanov, med. Hochsch., Jekaterinoslav.) (Jekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Nr. 3/4, S. 213—216.) (Russisch.) *

Ohr.

Anthon, W., Über Luftembolie im Operationsbereich des Otologen. (I. Univ.-Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.) (Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. **22**, H. 5/6, S. 321—343.) **34**, 840.

Beck, Joseph C., A resume of the status of plastic surgery about the face, head and neck. (Clin., drs. Joseph C. Beck, Harry L. Pollock a. Francis L. Lederer, North Chicago hosp., Chicago.) (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. **18**, Nr. 5, S. 167—184.) **32**, 279.

Bleyl, R., Stirnhirnabsceß im Gefolge otogener Sinusthrombose. (Zeitschr. d. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 16—21.) *

Boenninghaus, Georg, Meningitis serosa ac. nach otitischer Labyrinthitis unter dem Bilde eines Kleinhirnabscesses verlaufend, Heilung durch Spaltung der Kleinhirndura. Nachfolgende Entwicklung einer Meningocele in dem Gehörgang, wahrscheinlich aus der abgeschlossenen seitlichen Ponszisterne heraus. (St. Georgs-Krankenh., Breslau.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 1—6.) *

Brunner, Hans, Pathologie und Klinik der Erkrankungen des Innenohres nach stumpfen Schädeltraumen. (I. chir. Univ.-Klin. u. allg. Poliklin., Wien.) (Monatsschrift f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. **59**, H. 6, S. 697—709, H. 7, S. 763 bis 833 u. H. 8, S. 922—937.) **33**, 575.

Dijk, J. A. van, Über die Anwendung des Röhrenstiellappens bei einem Fall von vollständiger Ohrplastik. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 8, S. 895—900.) **32**, 138.

Dobrzaniecki, Wladyslaw, Eine Änderung der Plastik abstehender Ohren. (Klin. chir., univ., Lwów.) (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 34, S. 753—757.) (Polnisch.) *

Döderlein, Beitrag zur pathologischen Anatomie und Klinik der primären Aktinomykose des Gehörorganes. (I. Univ. Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., Charité, Berlin.) (Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol., u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 5/6, S. 269—275.) *

Erath, John, Symptômes oto-rhino-laryngologiques de la maladie de Basedow fruste. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 46, Nr. 10, S. 343—346.) 82, 826.

Fink, E. B., The intracranial complications of posterior sinus infections. Report of an unusual case with autopsy findings. (Cook county hosp. a. dep. of pathol. a. bacteriol., Chicago coll. of dental surg., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 589—600.) 83, 706.

Fleischmann, Diagnostik der otogenen und rhinogenen Meningitis. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßh. 1. Tl., S. 1—35.) *

Gavello, Giuseppe, Ascessi cerebellari di origine otitica. (Clin. otorinolaringol., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 567—582.) *

Gordon, Leo v., Über Beziehungen zwischen Zahnheilkunde und Oto-Rhino-Laryngologie. (Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 8, H. 1, S. 1—31.) *

Grünberg, G. I., Zur Frage über die Bedeutung der Unterbindung der Vena jugularis interna bei otogenen Pyämien. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Monatsschr. f. Ohrenheilk. u. Laryngo-Rhinol. Jg. 59, H. 3, S. 289—299.) 82, 703.

Handbuch der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit Einschluß der Grenzgebiete. Hrsg. v. A. Denker u. O. Kahler. Bd. 1: Die Krankheiten der Luftwege und der Mundhöhle. Tl. 1: Anatomie, Entwicklungsgeschichte, Physiologie. Untersuchungsmethoden. (Berlin: Julius Springer u. München: J. F. Bergmann 1925. XV, 1068 S. RM. 87.—.) 83, 170.

Huizinga, Eelco, Über intradurale Komplikationen bei akuter und chronischer Mittelohrentzündung. (Klin. v. neus-keel-oorziekten, acad. ziekenh., Groningen.) (Geneesk. gids Jg. 3, H. 24, S. 561—570.) (Holländisch.) 83, 201.

Keppich, Josef, Zur Operation abstehender Ohren. (Therapia [Bratislava] Jg. 4, H. 9, S. 3—5.) 85, 733.

Körner, O., Über die Nachbehandlung der eröffneten otogenen Hirnabscesse. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 3, S. 95—97.) 81, 224.

Körner, O., Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter. 5. Aufl. vollst. neubearb. v. O. Körner u. K. Grünberg. (Die Ohrenheilk. d. Gegenw. u. ihre Grenzgeb. in Einzeldarstell. Hrsg. v. Otto Körner. Bd. 3.) (München: J. F. Bergmann 1925. VIII, 213 S. u. 6 Taf. RM. 18.—.) 84, 291.

Ljubomudrov, A., Zur Klinik der Extraduralabscesse otogener Herkunft. (Krankenh. Semaschko, Moskau.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 11/12, S. 594—602.) (Russisch.) *

Lubliner, L., Über otogene Hirnabscesse. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 65 bis 70.) (Polnisch.) 85, 734.

Magnus, R., Weitere Mitteilung über Skoliose nach einseitiger Labyrinthexstirpation. (Pharmakol. Inst., Reichsuniv. Utrecht.) (Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 185 bis 190.) 85, 94.

Maloens, Chimiothérapie post-opératoire des méningites purulentes généralisées d'origine otitique. (Clinique Jg. 20, Nr. 50, S. 307.) 83, 706.

Maloens, Sur la curabilité de la méningite purulente septique d'origine otitique. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 1, S. 28—38; Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 46, Nr. 21, S. 717—726.) 82, 578. 84, 487.

Nühsmann, Pulskurve bei Erkrankungen des Ohres und intrakraniellen Komplikationen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl. S. 522—524 u. 562—565.) 84, 829.

Pieri, Gino, Plastiche cutanee per la operazione di mastoidite. (Osp. civ., Belluno.) (Valsalva Jg. 1, H. 5, S. 168—173.) *

Preobraženskij, B., Zur Kasuistik der otogenen Hirnkomplikationen beim Fleckfieber. (Hals-, Nasen- u. Ohrenklin., II. Reichsuniv., Chef Prof. Swerżewskij, Moskau.) (Kliničeskaja medicina Jg. 5, Bd. 2, Nr. 5, S. 186—188.) (Russisch.) 85, 314.

Riess, P., Zur Unterbindung der Vena jugularis bei Pyämie. (Städt. Krankenanst., Essen a. R.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 49, S. 2755—2758.) 84, 4.

Rosenblatt, M., Zur Klinik intrakranieller Komplikationen bei Nasen- und Ohrerkrankungen. (Verhandl. d. 2. chir. Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 111—113. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *

Rosenfeld, I. M., Zur Kasuistik chirurgischer Eingriffe bei beginnender otogener Meningitis. (Klin. f. Hals-, Nasen-, Ohrenkrankh., Univ. Taškent.) (Turkestanskij medicinskij žurnal Bd. 8, Nr. 9, S. 211—214.) (Russisch.) *

Ruttin, Erich, Über doppelseitige Jugularisunterbindung und Schädigungen durch Jugularisunterbindung überhaupt. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Wien.) (Beitr. z. Anat., Physiol., Pathol. u. Therapie d. Ohres, d. Nase u. d. Halses Bd. 22, H. 3/4, S. 156—161.) 34, 829.

Smith, S. Mac Cuen, Three cases of otitic brain abscess. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 84, Nr. 4, S. 1109—1120.) *

Steinmann, K., Otogener Kleinhirnabsceß, kompliziert durch bacilläre Cerebrospinalmeningitis mit Ausgang in Heilung. (Ohrenklin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. L. Lewin.) (Festschr. z. 30jähr. Jubil. v. Prof. Lewin, S. 293—302.) 35, 487.

Undritz, V., Über den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis auf experimentelle Sinusthrombose. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Prof. V. I. Vojaček, u. Inst. f. exp. Med., Prof. N. Aničkov, Leningrad.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 7/8, S. 348—357.) (Russisch.) 37, 20.

Undritz, W., Über den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis bei experimenteller Sinusthrombose. (Klin. f. Ohren-Nasen-Halskrankh., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 18, H. 2, S. 204—222.) *

Yerger, C. F., Cerebrospinal fluid as index of otorhinogenic intracranial complications. (Otorhinolaryngol., dep., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 6, S. 424—428.) 33, 705.

Gesicht, Mund und Rachen.

Allgemeines.

Agrifoglio, M., I cilindromi cervico-facciali. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 10, S. 1011—1048.) 34, 142.

Alden, B. F., Combined satchel handle or tubed pedicle and large delayed whole skin pedicle flaps in a case of plastic surgery of face, neck, and chest. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 493—496.) 33, 709.

Beck, Joseph C., Principles in plastic surgery about the head and neck. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 3, S. 194—202.) 33, 469.

Beltz, A., Über Gesichtsplastik. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linkseitigen Ukraine, Charkow, Bd. 2, S. 75—176.) (Russisch.) *

Canon, Zur konservativen Behandlung der Furunkel, insbesondere der Gesichtsfurunkel. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 23, S. 951.) 33, 171.

Cignozzi, Oreste, Ulcera settico-gangrenosa della guancia simulante un noma. Studio clinico. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 616—620.) 33, 374.

Coughlin, W. T., A new procedure for the relief of facies scaphoidea. Dish face. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 109—111.) 31, 362.

Delrez, Actinomycose cervico-faciale. (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. 59, Mai-H., S. 19—20.) 33, 170.

Ertl, János, Prinzipien der plastischen Chirurgie bei Operationen der malignen Geschwülste von Gesicht und Mundhöhle. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 123 bis 127.) (Ungarisch.) 33, 376.

Fay, Temple, The surgical relief of pain in deep carcinoma of the face and neck. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 1—5.) 33, 234.

Gussynin, W. A., Über die Plastik nach der Rundstielmethode nach Filatov. (Chir. Klin., Staatsinst. f. ärztl. Fortbild., Prof. Bogoljubov, Kasan.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 12, S. 1271—1276.) (Russisch.) 35, 430.

Hofrath, Herbert, Kinnfurunkel und Unterkieferosteomyelitis. (Westdtsch. Kieferklin., Düsseldorf.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 13, S. 376—384.) 33, 577.

Ivy, Robert H., Repair of acquired defects of the face. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 181—185.) 33, 373.

Kirsner, L., Zur Behandlung der Furunculose des Gesichts. (Samoskworezkij Ambulat., Chefarzt Dr. Beljajev.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 5, S. 94.) (Russisch.) 33, 849.

Laurent, O., L'action cicatrisante du formol dans l'épithélioma de la face. (Scalpel Jg. 78, Nr. 14, S. 327—329.) 32, 331.

Manasse, Paul, Über traumatische Cysten des Gesichtes. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Univ. Würzburg.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 74, H. 2/3, S. 322—331.) 35, 17.

Maragliano, Dario, La cura degli estesi angiomi sottocutanei della facia col metodo di Morestin. (Istit. di patol. chir., univ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 603 bis 615.) 34, 142.

Miller, Charles Conrad, Fascial bands as supports to relaxed fascial tissue. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 603—608.) **33**, 576.

Milostanov, N., Eine typische Operation zum Decken der durchgehenden Wangendefekte. (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 75—79.) (Russisch.) **34**, 489.

Milostanov, N. N., Über die kombinierte Israel-Filatovsche Plastik zur Deckung durchgehender Wangendefekte. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Charkow, Prof. Kudintzew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 187—189.) (Russisch.) **34**, 829.

Morian, Richard, Über Gesichtsfurunkel und ihre Behandlung. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 1/2, S. 45—58.) **33**, 373.

Moure, Paul, Les soins pré-opératoires dans les opérations portant sur la cavité buccale. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 11, S. 424—425.) **34**, 67.

Panja, Ganapati, Multiple soft fibromata of the face. (School of trop. med. a. hyg., Calcutta.) (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 12, S. 578.) *

Pólya, Jenö, Zwei Gesichtsplastiken. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. **4**, S. 161—163.) (Ungarisch.) *

Yocom jr., Albert L., Epithelioma of the face, head and neck. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 6, S. 224—229.) **37**, 492.

Jochbein, Oberkiefer, Unterkiefer, Kiefergelenk.

Axhausen, Georg, Pathologie und Therapie des Kiefergelenkes. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. **1**, Liefg. 6, S. 406—415.) **33**, 305.

Balters, Wilhelm, Die Kieferosteomyelitis der Kinder und Säuglinge und ihre Folgen. (Chir. Klin. u. zahnärztl. Klin., Univ. Bonn.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. **43**, H. 8, S. 197—217 u. H. 9, S. 229—245.) **32**, 873.

Bauer, Carl, Die Resektion des Oberkiefers durch den Mund ohne Schnitte im Gesicht. (Festschr. f. N. Trinkler. Staatsverlag d. Ukraine. S. 219—221.) (Russisch.) **33**, 172.

Bercher, Cl., Trois cas de fractures du maxillaire inférieur. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 18, S. 292—296.) **32**, 450.

Beresnegovskij, N. I., Über arthroplastische Operationen. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk, Prof. Beresnegovskij.) (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 698—701.) (Russisch.) **35**, 431.

Bianchini, A., Angioma cavernoso della regione parotidea con singolare anomalia della mandibola. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 7, S. 697—703.) *

Blair, V. P., and J. B. Brown, Personal observations on the course and treatment of simple osteomyelitis of the jaws. (Surg. dep., Washington univ. med. school, St. Louis.) (Surg. clin. of North Americ. Bd. **5**, Nr. 5, S. 1413—1436.) **34**, 294.

Blessing, Georg, und Franz Rost, Über operative Verkleinerung des Unterkiefers bei Akromegalie. (Univ.-Zahnklin., Heidelberg u. städt. Krankenh., Mannheim.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 855—857.) **32**, 17.

Boaventura, Raul, Ein Fall von Brüchen beider Oberkiefer, des Unterkiefers, des rechten Oberschenkels und der rechten Kniescheibe. (Brazil-méd. Bd. **1**, Nr. 8, S. 99—100.) (Portugiesisch.) *

Bronner, H., Zur Kieferosteomyelitis des Säuglings. (Chir. Univ.-Klin., Bonn.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 1, S. 163—183.) **31**, 524.

Bruhn, Chr., Die Anwendung der Hakenextension in der Kieferchirurgie. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 3, S. 214—223.) **31**, 739.

Bumm, Erich, Ein Fall von Verdoppelung des Oberkiefers. (Chir. Univ.-Poliklin., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 506—519.) **32**, 278.

Calarese, Angelo, Su di un caso di angioma della mandibola. (Considerazioni critiche.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 5, S. 105—107.) **32**, 18.

Cameron, James R., Osteomyelitis of the mandible. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 23, S. 1802—1804.) **34**, 67.

Cavina, Cesare, Knochenfisteln nach Kieferverletzungen. (Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. **41**, H. 4, S. 495—541.) **34**, 490.

Citelli, S., Il mio metodo di resezione supero-interna del mascellare superiore nei tumori maligni delle fosse nasali e cavità vicine. (Trattamento operativo dei tumori maligni del naso e cavità limitrofe.) (Arch. ital. di otol., rinol. e laringol. Bd. **36**, H. 12, S. 795—804.) *

Cornet, Pierre, La chirurgie des tumeurs malignes du massif facial supérieur „à la demande des lésions". (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 6, S. 573—606.) **33**, 375.

Coughlin, W. T., A new treatment for undeveloped lower jaw. (St. Louis univ. school of med., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6, S. 419 bis 421.) 31, 598.
Cutler, George D., and John C. Rock, Congenital tumors of the maxilla. Report of a case with operation. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 21, S. 1001 bis 1002.) 32, 874.
D'Alise, C., Actinomicosi del mascellare superiore. (Contributo clinico ed istologico.) (Istit. ematol., C. Martelli, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 21, S. 494 bis 496.) 34, 490.
De Gaetano, Luigi, Resezione ed artroplastica in un caso di serramento della mandibola per antica anchilosi ossea temporo-mascellare. (Istit. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 673—712.) 32, 873.
Dellepiane Rawson, R., Primäre Tumoren des Gesichtsskeletts. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 12, S. 652—654.) (Spanisch.) 32, 332.
Ertl, János, Prinzipien der plastischen Chirurgie bei Operationen der malignen Geschwülste von Gesicht und Mundhöhle. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 123 bis 127.) (Ungarisch.) 33, 376.
Fetissov, A. G., Hämangiom des harten Gaumens. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Univ. Tomsk, Direktor: Prof. A. Nikolskij.) (Festschr. z. 30jähr. Jubiläum v. Prof. L. Lewin S. 272—277.) (Russisch.) 35, 287.
Fischel, Ellis, Giant-cell tumor of the jaw. (Barnard Free skin a. cancer hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1263—1271.) *
Fodor, G. St., Die tuberkulöse Erkrankung der Mundhöhle und Kiefer. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 143.
Ganžulewič, T. F., Ein solider Tumor des Unterkiefers embryonalen Ursprungs. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. Mai 1924, S. 326—329. Leningrad 1925.) *
Garner, J. R., An operation for reducing depressed fractures of the malar bone and the zygomatic arch. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 11, S. 411 bis 412.) 34, 142.
Gedroiz, W., Zur Kasuistik der vollständigen Oberkieferresektionen. (Jekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, S. 34—40.) (Russisch.) 33, 578.
Gumperz, R., Ein Fall von Pseudotumor des Oberkiefers, verursacht durch Amyloidose der Tränenwege. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 9, H. 4, S. 434 bis 438.) 32, 137.
Häupl, Karl, Zur Kenntnis der sogenannten Riesenzellensarkome der Kiefer. (Staatl. zahnärztl. Inst., Oslo.) (Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. 41, H. 4, S. 449 bis 494.) 34, 491.
Hofrath, Herbert, Kinnfurunkel und Unterkieferosteomyelitis. (Westdtsch. Kieferklin., Düsseldorf.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 13, S. 376 bis 384.) 33, 577.
Holmgren, Gunnar, Erfahrungen über chirurgische Behandlung von malignen Oberkiefertumoren. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 511—525.) 33, 376.
Johnson, Frederick M., Certain difficult problems in the treatment of carcinoma of the lower jaw. (Radiology Bd. 5, Nr. 4, S. 280—285.) 34, 295.
Koch, E., Plastik der Defekte des Kinns nach Lexer. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa 12.—15. IX. 1924. S. 119—121. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *
Kulenkampff, D., Die Einrenkung der Unterkieferverrenkung in örtlicher Betäubung. (Staatl. Krankenstift, Zwickau i. S.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 52, S. 2229.) 34, 67.
Landete, Aragó, Kieferklemme vom Gelenk aus, nach eigenem Verfahren operiert. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 435.) (Spanisch.) 35, 19.
Leyro Díaz, Jorge, Adamantinom des Unterkiefers. (Bol. del inst. de med. exp. Jg. 1, Nr. 6, S. 442—451.) (Spanisch.) 33, 377.
Lindemann, August, Die chirurgische Behandlung der Erkrankungen des Kiefergelenkes. (Westdtsch. Kieferklin., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 23, H. 5, S. 395—406.) 32, 872.
Lukomsky, J., Das Adamantinom im Zusammenhang mit den odontogenen Kiefergeschwülsten. (Propädeut. chir. Klin. u. Inst. f. Krebsforsch., I. Staatsuniv., Moskau.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 233—247.) 32, 17.
Natanson, L. N., Die Klinik und Therapie der Oberkiefercysten. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh. d. II. Moskauer Staatuniv., Direktor: Prof. L. I. Sswerschewsky.) (Journal uschnych, nossowych i gorlowych bolesnei Bd. 2, Nr. 5/6, S. 233 bis 258.) (Russisch.) 32, 703.

Petrova, V. A., und A. M. Smirnova, Zur Frage über die Cellulitiden des Os zygomaticum und ihre anatomischen Grundlagen. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., u. Inst. f. operat. Chir., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. Lissovskaja, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 61—76.) (Russisch.) 35,490.

Port, Th., Zur Ätiologie und Therapie der Kieferklemme. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 19, S. 777—778.) *

Raianu, I., Stefănescu und Grigoriu, Naht des Unterkiefers bei Bruch. (Spit. milit., Ploesti.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 11/12, S. 456.) (Rumänisch.) *

Rebattu, J., et R. Bertoin, Ostéome hérédosyphilitique bilatéral des maxillaires supérieurs. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 12, S. 1244—1248.) 35, 287.

Risdon, Fulton, Arthroplasty of the temporomaxillary joint. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 26, S. 2011—2013.) 35, 91.

Šapiro, E., Plastische Operationen am Unterkiefer. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostow a. D.) (Russisch.) 36, 306.

Schreiner, Bernard F., and Walter L. Mattick, Adamantine tumors of the jaw. With report of eight cases. (State inst. f. the study of malignant dis., Buffalo.) (Radiology Bd. 4, Nr. 5, S. 421—426.) 34, 295.

Seer, Max, Zur Frage der Formveränderung des Unterkiefers bei Akromegalie. (Orthodont. u. protet. Abt. d. zahnärztl. Inst., Univ. Jena.) (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 17, S. 582—595.) *

Seifert, E., Über Mikrognathie. (Chir. Univ.-Klin. Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 726—735.) 32, 16.

Simon, Paul W., Einiges über Wege und Ziele der kieferorthopädischen Behandlung. (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 11, S. 524—527.) *

Specht, Karl, Fractura processus styloidei capitis. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 50, S. 2074—2075.) 34, 572.

Stark, Drei Fälle von Kieferosteomyelitis nach Typhus. (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 19, S. 687—692.) *

Torraca, Luigi, Necrosi totale della mandibola da osteomielite acuta. (I. clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 653—672.) 33, 233.

Verger, G., Le traitement des épithéliomas du maxillaire supérieur par l'association chirurgie-curiethérapie. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 11, S. 1150—1201.) 34, 418.

Wiedhopf, Oskar, Über die Reposition von Unterkieferluxationen nach Einspritzung von örtlichen Betäubungsmitteln in die Kaumuskulatur. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2007.) 34, 67.

Zähne.

Arsenio, Polidoro, Su di una non comune diffusione di una raccolta purulenta di origine dentaria. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 7, S. 238—239.) 32, 87.

Baiocchi, Pasquale, Gingivitis chronica hypertrophica. (Un contributo alla conoszenza delle „Gingivopatie".) (Augusta Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 5, S. 465—494.) *

Bell, George, and A. W. Holmes à Court, A case of tetanus arising from an infected tooth. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 8, S. 187.) *

D'Alise, Raffaele, Aneurisma dell'arteria dentaria inferiore. (Istit. di odontoiatr. e protesi dent., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 11, S. 1081 bis 1090.) 34, 690.

Fekete, G., Mit periapikalem Absceß und Pyorrhoea alveolaris kombinierter Fall von radikulärer Unterkiefercyste. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *

Fischer, Guido, Lokalanästhesie. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 1, S. 9 bis 33.) 31, 426.

Gordon, Leo v., Über Beziehungen zwischen Zahnheilkunde und Oto-Rhino-Laryngologie. (Zentralbl. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 8, H. 1, S. 1—31.) *

Grünberg, Josef, und Albin Oppenheim, Orthodontische Therapie. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 4, S. 233—258.) 32, 405.

Hesse, Gustav, Fehlgriffe in der zahnärztlichen Chirurgie. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 7, S. 455—485.) 32, 581.

Kowarsky, G. J., Zur Frage über septische Prozesse nach Zahnerkrankungen. (II. chir. Klin., II. Univ. Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 4, S. 487—493.) (Russisch.) *

Kroh, Fritz, Zahnextraktion und spontaner Verblutungstod. (Chir.-Klin., Univ. Köln.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 2, S. 389—400.) 33, 874.

Limberg, A., The treatment of open-bite by means of a plastic oblique osteotomy of the ascending rami of the mandible. (Dental cosmos 67, S. 1191.) **35**, 696.

Lukomsky, J., Das Adamantinom im Zusammenhang mit den odontogenen Kiefergeschwülsten. (Propädeut. chir. Klin. u. Inst. f. Krebsforsch., I. Staatsuniv., Moskau.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 233—247.) **32**, 17.

Lukomsky, I., Das Adamantinom, sein Zusammenhang mit den odontogenen Geschwülsten der Kiefer. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. Herzen H. **2**, S. 94—109.) (Russisch.) **35**, 288.

Lurie, W. A., The dental X-ray picture. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **78**, Nr. **4**, S. 221—227.) *

Morlet, A. et A. J.-B. Morlet, Kystes dentifères et adamantinome à dents embryonnaires. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. **41**, S. 677—678.) *

Oppenheim, Albin, Die Muskelübungstherapie nach P. Rogers. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 7, S. 623—631.) **32**, 581.

Péter, Franz, Zur Klinik des retinierten Eckzahnes. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 7, S. 589—598.) **32**, 582.

Risak, Erwin, Über gleichzeitiges Vorkommen seltener Geschwulstformen. (Adamantinoma cysticum und Neuroepitheliom.) (Allg. Poliklin. u. Laborat. d. österr. Ges. z. Erforsch. u. Bekämpf. d. Krebskrankh., Wien.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **32**, S. 102—109.) **33**, 172.

Ruggles, S. D., Primary hypertrophy of the gums. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 1, S. 20—24.) **31**, 72.

Simon, Béla, Injektionsanästhesie in der zahnärztlichen Praxis. (Fogorvosi szemle Jg. **18**, Nr. 7, S. 385—401.) (Ungarisch.) *

Simon, Paul W., Einiges über Wege und Ziele der kieferorthopädischen Behandlung. (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 11, S. 524—527.) *

Steiner, Bernhard, Über die Extraktion unterer Weisheitszähne. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 7, S. 646—654.) **32**, 581.

Szabó, József, Die Anästhesie in der zahnärztlichen Praxis. (Fogorvosi szemle Jg. **18**, H. 3, S. 142—150.) (Ungarisch.) *

Zunge.

Ashhurst, Astley P. C., and C. Y. White, Carcinoma in an aberrant thyroid at base of tongue. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. **16**, S. 1219—1220.) *

Baggio, G., Contributo alla conoscenza dell'ascesso cronico della lingua. (Clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 12, S. 591—594.) **34**, 294.

Barlow, R. A., Actinomycosis of the tongue. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. **4**, S. 314 bis 316.) **33**, 470.

Barlow, Roy A., Lingual abscess. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. **8**, S. 353 bis 355.) *

Bastianelli, R., Risultati della cura chirurgica dei carcinomi della lingua. (Valsalva Jg. **1**, H. 8, S. 290—291.) **34**, 294.

Baumgartner, H., Zur Kenntnis des Haemangioma cavernosum linguae. (Otolaryngol. Univ.-Klin., Basel.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 45, S. 1030 bis 1033.) **33**, 874.

Bertwistle, A. P., and J. E. Frazer, Facts and considerations in a study of the thyroglossal tract. With an account of the embryological conditions. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. **47**, S. 561—578.) **31**, 363.

Bonnet-Roy, F., A propos de deux observations d'épithéliomas bucco-linguaux à localisations multiples. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. **52**, S. 1413—1416.) **35**, 93.

Czermak, Hans, Zur Frage der Leukoplakie der Zungenhaut und deren krebsartigen Entartung. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Innsbruck.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **11**, H. 1, S. 35—48.) *

Derman, G. L., Zur Kenntnis der Zungentumoren. (Pathol.-anat. Abt., Inst. f. Laborat.-Untersuch., Charkow.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Nr. 6/7, S. 150—153.) **32**, 582.

Errecart, Pedro L., und Hernan Zubizarreta, Über embryonale Cysten der Zungenbasis und der Regio suprahyoidea. (Clin. oto-rino-laringol., fac. de cienc. méd., Buenos Aires.) (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. **16**, Nr. 3, S. 138—147.) (Spanisch.) **34**, 351.

Fantozzi, Giuseppe, Un altro caso di ascesso freddo della lingua. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 37, S. 1282—1285.) **34**, 294.

Finney, J. M. T., and J. M. T. Finney jr., Tuberculosis of the tongue. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. **6**, S. 743—753.) **33**, 234.

Finochietto, Ricardo, Zungenkrebs. Gefäßunterbindungen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 32, S. 288—291.) (Spanisch.) 33, 375.

Funfack, Max, Ein Fall von primärer Aktinomykose am Zungenrande. (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Dermatol. Zeitschr. Bd. 46, H. 1, S. 25—28.) *

Greig, David M., Schistoglossus and double tongue. (Roy. coll. of surg. museum, Edinburgh.) (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 1, S. 1—16.) 31, 71.

Hlaváček, Vladimir, Beitrag zur Ätiologie der Aktinomykose der Zunge. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 37, S. 1335—1338.) (Tschechisch.) 33, 874.

Hodara, Menahem, A case of ulcerative sporotrichosis of the tongue. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 1, S. 34—35.) 31, 599.

Muylder, G. de, Un cas d'angiome caverneux de la langue. (Scalpel Jg. 78, Nr. 31, S. 835—836.) *

Oppert, Ed., Cancer de la langue. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 2, S. 41—43.) 31, 526.

Peycelon, Néoplasme de la langue traité par l'exérèse ganglionnaire et la radiumthérapie. Guérison depuis deux ans. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 26, S. 784—786.) *

Schleicher, Hellmuth, Wesen und Ätiologie des Zungencarcinoms mit spezieller Prüfung der ätiologischen Rolle der Lues. (Inst. f. Krebsforsch., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. Krebsforsch. Bd. 22, H. 2, S. 144—197.) 31, 599.

Simmons, Channing C., Cancer of the tongue and mouth. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 545—550.) *

Spiro-Cassaveti, Le cancer de la langue chez la femme. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 34, S. 1248—1251.) 34, 351.

Spreadbury, H. J. H., A case of pedunculated papilloma of the tongue. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 34, S. 427.) *

Tonsillen.

Barnes, W. Harry, A plea for the more general use of local anesthesia in tonsillectomy. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 9, S. 706—710.) *

Becco, Raúl, Abscesse in der Umgebung der Mandeln. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 37, S. 642—649.) (Spanisch.) *

Blanco Soler, und Martín Calderín, Kropf und rezidivierende Amygdalitis. (Anales de la acad. méd.-quirurg. española Bd. 12, S. 539—545.) (Spanisch.) 34, 773.

Bonnet-Roy, F., Périamygdalite pseudophlegmoneuse. (Soc. d'oto-rhino-laryngol., Paris, 11. XII. 1924.) (Oto-rhino-laryngol. internat. Bd. 9, Nr. 1, S. 26—30.) *

Brown, A. E., and K. McK. Doig, A case of acute primary tuberculosis of the tonsil. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 4, S. 86—87.) *

Carnevale-Ricci, F., Sarcoma della tonsilla palatina con associazione fuso spirillare. (Clin. malatt. dell'orecchio, naso-gola, univ., Pavia.) (Boll. d. malatt. dell'orecchio, della gola e del naso Jg. 43, Nr. 9, S. 101—110.) *

Chamberlin, William B., The possible means of preventing deep cervical abscess following the removal of tonsils under local anesthesia. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 2, S. 98—101.) 32, 704.

Clark, Frederick T., Tonsillectomy and adenoidectomy in selected cases during the periods of primary and secondary infections. A rational and conservative procedure. Report of cases. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 2, S. 491—504.) *

Dabney, Virginius, Infection of the tonsilloglottic region associated with cervical cellulitis. Ten cases with four deaths. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 2, S. 96—98.) 33, 307.

Donato, Donato di, Il plasmoma tonsillare. (Natura e genesi di alcune ipertrofie tonsillari croniche.) (Clin. oto-rino-laringol. e istit. ematol. „C. Martelli", Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 12, S. 280—283.) 33, 709.

Glassman, J., Adenosarcoma of the right tonsil cured by radium emanation seeds. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 2, S. 86—87.) *

Goodman, Charles, Jugular thrombosis following tonsillectomy. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 1, S. 213—218.) *

Haardt, Wilh., Über die tiefsitzenden Peritonsillarabscesse. (Städt. Krankenh., Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 43, S. 1615—1617 u. Nr. 44, S. 1650—1652.) 34, 352.

Hutter, Fritz, Die Frühbehandlung der Peritonsillitis (Angina phlegmonosa). (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 3, S. 85—87.) 34, 767.

Kibardin, P. P., Zur Frage über Angina Ludovici. (Eisenbahnkrankenh., Novo-Nikolajewsk, Sibirien.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 440—441.) (Russisch.) 35, 807.

McGinnis, Edwin, Primary sarcoma of the tonsil. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 4, S. 287—288.) *

Melchior, Eduard, Zur Behandlung der postanginösen Pyämie mittels Unterbindung der Vena jugularis. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 36, S. 1993—1998.) **33**, 321.

Myerson, M. C., Lung abscess following tonsillectomy. A contribution to the etiology. (Dep. of laryngol., Kings county hosp., Brooklyn.) (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 2, S. 137—146.) **32**, 874.

Predescu-Rion und Petre Eliescu, Ein Fall von Endotheliom der linken Mandel. (Clin. oto-rino-laryngol., univ., Cluj.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 11/12, S. 447 bis 448.) (Rumänisch.) *

Schultz, Werner, Die akuten Erkrankungen der Gaumenmandeln und ihrer unmittelbaren Umgebung. Leitfaden für Ärzte und Studierende. (Krankenh. Charlottenburg-Westend.) (Berlin: Julius Springer 1925. VI, 149 S. RM. 9.60.) **33**, 171.

Segura, E. V., und Juan J. Viton, Die Komplikationen der Mandelaffektionen. (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 38, Nr. 239/240, S. 485—504.) (Spanisch.) *

Silbiger, Benno, Zur Kenntnis gutartiger Geschwülste der Tonsillen. (Laryngo-rhinol. Inst., dtsch. Univ. Prag.) (Folia oto-laryngol., I. Tl. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 3, S. 217—220.) **32**, 874.

Smital, W., Ligatur der Arteria tonsillaris im Wundbett. (Bezirksstiftungskrankenh., Oberwarth, Burgenland.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 8, S. 408.) **31**, 526.

Stein, Simon, Peritonsillarabscess with complicating edema of the glottis. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 3, S. 147—148.) *

Steurer, O., Über eine tödliche Komplikation bei peritonsillärem Absceß. (Folia oto-laryngol. I. Tl. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 4/5, S. 322—324.) **33**, 577.

Tewksbury, W. D., Acute pulmonary abscess following tonsillectomy treated with artificial pneumothorax. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 4, S. 347—349.) **34**, 700.

Trutnev, W. K., Zur Frage der Blutungen aus der Arteria carotis bei peritonsillären Abscessen. (Klinik f. Ohr-, Nasen- und Halskrankheiten in Sarotow. Dir.-Prof. M. F. Zytowitsch.) (Russkaja oto-laryngologija Jg. 1925, Nr. 2, S. 101—108.) (Russisch.) **33**, 708.

Uffenorde, W., Die Verwicklungen der akuten Halsentzündung. Unter besonderer Berücksichtigung der Beteiligung des Spatium parapharyngeum. (Leipzig: Curt Kabitzsch 1925. 54 S. u. 2 Taf. RM. 3.— u. Folia oto-laryngol. I. Teil. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Otol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 4/5, S. 357 bis 410.) **33**, 306.

Völger, Georg, Tonsillektomie bei peritonsillären Erkrankungen. (Univ.-Hals-Nasen-klin., Frankfurt a. M.) (Folia oto-laryngol. I. Tl. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 4/5, S. 312—318.) *

Lippen, Hasenscharten, Gaumenspalten, Mundhöhle.

Addison, O. L., Cleft-palate. Some pitfalls in operation. (Hosp. f. sick children, London.) (Lancet Bd. 208, Nr. 16, S. 818—819.) **32**, 278.

Almasowa, N., Ausgedehnte Plastik der Oberlippe und der Wange. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 330. Leningrad 1925.) *

Baraldi, Alberto, Über Lippenplastik. (Rev. méd. del Rosario Jg. 15, Nr. 1, S. 23 bis 30.) (Spanisch.) *

Barco, Paola, Fibro-lipoma a sede rara. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 5, S. 430—450.) **33**, 374.

Beck, Joseph C., A resume of the status of plastic surgery about the face, head and neck. (Clin., drs. Joseph C. Beck, Harry L. Pollock a. Francis L. Lederer, North Chicago hosp., Chicago.) (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 5, S. 167—184.) **32**, 279.

Bewen, Elis, Die Behandlung des Buccalcarcinomes. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 526—555.) **34**, 68.

Blair, V. P., The surgical restoration of the lining of the mouth. (Surg. dep., Washington univ. med. school, Saint Louis.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 165 bis 174.) **31**, 364.

Blair, V. P., Nasal deformities associated with congenital cleft of the lip. (Surg. dep., Washington univ. med. school, St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 185—187.) **31**, 525.

Bleichsteiner, A., Über Gaumenobturatoren. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. 23, H. 9, S. 786—796.) **33**, 875.

Bloodgood, J. C., Excision of a V-shaped piece of the lower lip versus Roentgen-ray or radium treatment. (Radiology Bd. 4, Nr. 1, S. 60—62.) **32**, 404.
Bobbio, L., La diagnosi precoce del cancro della bocca, lingua, labbra, gengive e ghiandole salivari. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 19—22.) *
Borries, G. V. Th., Phlegmone retropharyngealis. (Otolaryngol. clin., rigshosp., univ., Copenhagen.) (Acta oto-laryngol. Bd. **8**, H. 1/2, S. 78—89.) **33**, 875.
Borries, G. V. Th., Phlegmone retropharyngealis. (Rigshosp., oto-rhino-laryngol. Afd., Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 34, S. 734—738.) (Dänisch.) **35**, 287.
Boyko, G. V., Mixed cell tumor of the palate. Report of case. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 26, S. 2023—2024.) *
Bulkley, L. Duncan, Buccal cancer treated medically. (Cancer Bd. **2**, Nr. 2, S. 161 bis 173.) **32**, 264.
Butler, Carlos, Beitrag zur Behandlung des Lippenkrebses und seine Vorstadien. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 12, S. 985—998.) (Spanisch.) **36**, 303.
Canuyt et Terracol, L'anesthésie locale du voile du palais. (Arch. internat. de laryngol., otol-rhinol. et broncho-œsophagoscopie Bd. **4**, Nr. 3, S. 295—298.) **32**, 230.
Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 6, Bd. 4. — Brüning, F., Die Chirurgie der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Rachens. — Soerensen, J., Die Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. 358 S. u. 23 Taf. RM. 21.—.) **34**, 293.
Colp, Ralph, Dermoid cysts of the floor of the mouth. (Surg. serv., Dr. A. V. Moschcowitz, Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 183 bis 195.) **31**, 364.
Cornil, Lucien, René Baudot et Louis Mathieu, Tumeur du tractus pharyngo-hypophysaire. (Etude anatomo-clinique.) (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 5, S. 141 bis 147.) *
Cornwall, Leon H., Myxo-sarcoma of the pharynx in a child of eight. (Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 1/5, S. 36—39.) *
Dorrance, George M., Lengthening the soft palate in cleft palate operations. (Surg. dep., Thomas Evans inst., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 208—211.) **33**, 171.
Dowd, Charles N., The surgical treatment of cleft palate. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 573—584.) **32**, 17.
Ernst, Franz, Zur Frage der Gaumenplastik. Zugleich kritische Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit W. Rosenthals in Nr. 30, 1924, dieses Zeitschrift. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 9, S. 464—470.) **31**, 363.
Ertl, János, Prinzipien der plastischen Chirurgie bei Operationen der malignen Geschwülste von Gesicht und Mundhöhle. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 123 bis 127. (Ungarisch.) **33**, 376.
Etienne et Guibal, Grenouillette à double poche, sublinguale et sous-maxillaire. Exérèse partielle; cautérisation iodé. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. **6**, S. 162—164.) *
Fetissov, A. G., Hämangiom des harten Gaumens. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Univ. Tomsk, Direktor: Prof. A. Nikolskij.) (Festschr. z. 30jähr. Jubiläum v. Prof. L. Lewin S. 272—277.) (Russisch.) **35**, 287.
Fodor, G. St., Die tuberkulöse Erkrankung der Mundhöhle und Kiefer. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 143.
Foote, John A., Malnutrition in infants with cleft palate, with a description of a new external obturator. (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **30**, Nr. 3, S. 343—346.) **33**, 707.
Fox, Howard, Leukoplakia buccalis. Observations based on a study of forty cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 20, S. 1523—1527.) **35**, 357.
Garel, J., et A. Gignoux, L'apoplexie du voile du palais. (Journ. de méd. de Lyon Jg. **6**, Nr. 135, S. 461—462.) **33**, 577.
Gavello, G., La diagnosi precoce del cancro della laringe, della faringe e dell'esofago. (Istit. di clin. oto-rino-laringoiatr., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 22—29.) *
Grant, Francis C., A suggestion for the relief for the pain from carcinoma of the mouth and cheek. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 2, S. 494—498.) **31**, 527.
Hagenbach, Über den Zeitpunkt der Gaumenspaltenoperation. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 22, S. 487—488.) **32**, 405.

Iwanoff, Georg, Über die Arterien des menschlichen Schlundes. (Anat. Inst., milit-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 3/4, S. 298—311.) *

Kahn, Lee, Congenital cleft of lip and palate. (Americ. journ. of. surg. Bd. 39, Nr. 6, S. 142—144.) 32, 703.

Kalmanovskij, S., Die operative Behandlung des Unterlippenkrebses. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Sparokukozkej, Saratov.) (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. 6, H. 7/9, S. 44—48.) (Russisch.) *

Kennedy, William H., Epithelioma of the lip. Observations on one hundred and fifty cases. (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 319—324.) 33, 507.

Kirschner, Der operative Verschluß der Gaumenspalte. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 666.

Kirschner, Zur Operation der Gaumenspalte. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 515 bis 533 u. S. 170—179.) 33, 578.

Kowler, Tumeur du voile du palais, en entier traitée par l'électro-coagulation (diathermie). Récidive. (Hôp., Menton.) (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. 23, Nr. 5, S. 192—193.) *

Leyro Diaz, Jorge, Adamantinom des Unterkiefers. (Bol. des inst. de med. exp. Jg. 1, Nr. 6, S. 442—451.) (Spanisch.) 33, 377.

MacAuley, Henry F., The treatment of hare-lip. (Children's hosp., Dublin.) (Brit. med. journ. Nr. 3371, S. 253—254.) 33, 171.

M'Kenzie, Dan, Diathermy in the removal and treatment of pharyngeal cancer. (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 294, S. 9—18.) 31, 593.

Meyer, Hermann, Über die Behandlung der Hasenscharten. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 136—149.) 34, 68.

Moorehead, F. B., and K. W. Dewey, Tuberculosis of the mouth. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 931—945.) 34, 68.

Moral, Hans, Chirurgie der Mundhöhle. (Diagnostik und Therapie.) (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 6, S. 416—438.) *

Mullen, Thomas F., Congenital cleft lip. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 7, S. 402 bis 407.) 34, 293.

Narasimhan, N. S., A case of contracture of the mouth. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 2, S. 72.) *

Negus, V. E., Evolutionary factors in the production of pharyngeal diverticula. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 11, S. 702—724; Brit. med. journ. Nr. 3381, S. 699 bis 700.) 34, 352.

Perret, Ch. A., Le traitement des furoncles graves de la lèvre supérieure et de la face, par l'incision „chimique". (Soc. suisse de chir., Basel, 21. et 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 469—470.) 32, 404.

Pfister, Franz, Ein seltener Fall von kongenitaler Cyste des weichen Gaumens. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Würzburg.) (Folia oto-laryngol. I. Tl. Orig., Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 4/5, S. 303 bis 307.) 33, 374.

Rayner, H. H., The operative treatment of cleft-palate. A record of results in 125 consecutive cases. (Children's hosp. a. roy. infirm., Manchester.) (Lancet Bd. 208, Nr. 16, S. 816—817.) 32, 278.

Rondet, Plaie du pharynx par instrument tranchant avec section de la carotide externe et du nerf grand hypoglosse. (Arch. de méd. et pharm. navales Bd. 115, Nr. 4, S. 334—338.) 34, 830.

Schapiro, E. J., Zur chirurgischen Behandlung der Hasenscharte und des Wolfrachens. (Chir. Univ.-Klin., Rostov a. Don.) (Medicinskaja mysl' Bd. 8/10, S. 24—29.) (Russisch.) *

Seidel, Hans, Blutstillung im Munde. (Zahnärztl. Inst., Univ. Marburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 12, S. 467—468.) 33, 170.

Sheehan, J. Eastman, Repair of inoperable soft palate by utilizing the fauzial tonsils. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 4, S. 185—188.) 33, 875.

Simmons, Channing C., Cancer of the tongue and mouth. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 545—550.) *

Stein, Adolf Carl, Tumoren der Mundhöhle in histologischen Bildern. (Dtsch. Monatsschr. f. Zahnheilk. Jg. 43, H. 16, S. 510—531.) *

Stevens, J. Thompson, Cancer of the lip: Its treatment by means of electrothermic coagulation, radium and Roentgen-rays. (J. Thompson Stevens clin. f. radiation therapy a. electrothermic coagulation, Montclair, New Jersey.) (Radiology Bd. 4, Nr. 5, S. 372—377.) 33, 377.

Thielemann, M.B., Ein Cylindrom der Oberlippe. Ein Beitrag zur Frage der Mischgeschwülste. (Univ.-Hals-, Nasen- und Ohrenklin., Bonn.) (Folia oto-laryngol., I. Tl. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 3, S. 221 bis 225.) 32, 579.
Thomson, J. W., Diverticulum of the pharynx. (Lancet Bd. 208, Nr. 21, S. 1078.) 32, 875.
Tramèr, Fritz, Zur Behandlung der Phlegmone oberhalb des Zungenbeins (Submentalabsceß). (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 40, S. 921.) *
Truffert, P., Des voies d'accès vers les collections chaudes péri-pharyngiennes. (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 52, S. 1410—1413.) 36, 303.
Vastine, A. B., Oral surgical prosthesis. (Dep. of oral surg., George F. Geisinger mem. hosp., Danville.) (Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 1, S. 18—19.) *
Veau, Victor, Les formes anatomiques du bec-de-lièvre ordinaire. (Ann. d'anat. pathol. méd-chir. Bd. 2, Nr. 3, S. 215—228 u. Nr. 4, S. 307—322.) 33, 468.
Vinson, Porter P., and Herman Moersch, Severe burn of mouth from the accidental ingestion of granulated lye. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 2, S. 127—128.) *
Williger, Fritz, Spezielle Pathologie der Mundhöhle. (Fortschr. d. Zahnheilk. Bd. 1, Liefg. 6, S. 379—405.) 32, 451.
Woloschinow, W., Plastik der Unterlippe nach der Rundstielmethode. (2. chir. Klin., med. Inst., Odessa.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 770—775.) 32, 86.

Speicheldrüsen.

Agrifoglio, Mario, Epitelioma primitivo della ghiandola sottomascellare. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 3, S. 229—244.) 32, 451.
Bársony, T., Idiopathische Stenonianusdilatation. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 144.
Bársony, Theodor, Idiopathische Stenongang-Dilatation. (Charité-Poliklin., Univ. Budapest.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2500—2501.) 34, 353.
Bársony, Tivadar, Idiopathische Erweiterung des Stenonschen Ganges. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 45, S. 1014—1016.) (Ungarisch.) 34, 690.
Bianchini, A., Angioma cavernoso della regione parotidea con singolare anomalia della mandibola. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 7, S. 697—703.) *
Boer, P., Ein Fall von Speichelsteinerkrankung. (Geneesk. gids Jg. 3, H. 46, S. 1089 bis 1093.) (Holländisch.) *
Carisi, Guido, Contributo clinico ed istologico alla conoscenza dei processi infiammatori sotto-mascellari. (Div. chir., osp. civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 4, S. 360—372.) 32, 451.
Colp, Ralph, The relation of the submaxillary gland to infections of the submaxillary triangle of the neck. (Surg. serv. of dr. A. V. Moschcowitz, Mt. Sinai hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 611—621.) 32, 87.
Czirer, L., Über das Adenom der Parotis. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 143.
Gillette, Norris W., Drainage of the parotid gland. An operation in case of injury to Stenson's duct. (Robinwood hosp., Toledo.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 23, S. 1804.) 34, 490.
Goldbladt, Hermann, Über die Zugehörigkeit der Parotis zu den Drüsen mit innerer Sekretion. (Sammelreferat.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 26. S. 594 bis 603.) *
Goljanitzki, J. A., Zur Frage der inneren Sekretion der Speicheldrüsen und ihre klinische Bedeutung. (Chir. Klin., staatl. med. Inst., Astrachan.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 79—86.) 32, 579.
Goljanizkij, I., Zur Frage über die Substitution der endokrinen Drüsen. a) Speicheldrüsen. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 193 bis 196.) (Russisch.) 33, 876.
Hartmann, Tumeur de la parotide. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 13, S. 209.) *
Ivy, Robert H., Swellings of the submaxillary region. (Ann. surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 605—610.) 31, 738.
Kaess, F. W., Über postoperative Parotitis. (Akad.-chir. Klin., Düsseldorf.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 1, S. 190—197.) 32, 580.
Kartašev, P., Über Parotitis nach Infektionskrankheiten. (Hosp. chir. Klin., Univ. Perm, Dir. Prof. Parin.) (Permskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 1/2, S. 49—64.) (Russisch.) 33, 876.
Kausch, W., Die Speichelfistel hinter dem Ohr. (Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 17, S. 914—917.) 32, 87.

Naeslund, Carl, Studien über Speichelsteinbildung. (Bakteriol.-hyg. Inst., Univ. Upsala.) (Acta pathol. et microbiol. scandinav. Bd. **2**, H. 3, S. 244—276.) **35**, 358.
Narat, Joseph K., Postoperative parotitis. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 16, S. 582—583.) **34**, 830.
Novak, Emil, and L. A. Antupit, Postoperative parotitis. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 5, S. 249—251.) **33**, 374.
Oostingh, R., Absceß, lokalisiert in der Parotis. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. **65**, H. 5, S. 595—598.) (Holländisch.) *
Pieri, Gino, Intorno alla cura radicale dell'epitelioma della parotide. (Osp. civ., Belluno.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 1, S. 41—48.) **31**, 365.
Pommrich, Walter, Ein Fall von angeborener Speichelfistel bei querer Wangenspalte. (Univ.-Kinderklin., Leipzig.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 136 bis 142.) **32**, 405.
Ratner, L. M., Beiträge zur Frage über die Pathogenese der sekundären Parotitiden, insbesondere nach Flecktyphus. (Chir. propädeut. Klin., Univ. Ekaterinburg.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 22—36.) (Russisch.) **35**, 807.
Rouffart-Thiriar, Remarques anatomiques et cliniques sur les tumeurs mixtes de la glande sous-maxillaire. (Hôp. St. Louis, fac. de méd., Paris.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 6, S. 461—476.) **33**, 708.
Savvin, V. N., Zur Technik der totalen Entfernung der Ohrspeicheldrüse. (Izvestija Tomskovo gosudarst venogo universiteta Bd. **78**, S. 297—303.) (Russisch.) *
Sénèque, J., Tumeur salivaire du canal de sténon. Complication de la pneumomatocèle des verriers. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 69, S. 1153—1154.) **33**, 172.
Sheehan, J. E., Removal of Stenson's duct from the right antrum by plastic methods, etc. (Laryncscope Bd. **35**, Nr. 1, S. 20—21.) **33**, 233.
Shrivastava, N. P., A case of hydatid cyst of the right parotid and submaxillary glands. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 11, S. 532.) *
Simon, Hermann, Neucesol bei postoperativer Parotitis. (Augustahosp., Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 13, S. 691—692.) **31**, 738.
Singer, Otto, Über instrumentellen Verschluß der Speicheldrüsenausführungsgänge. Ein Beitrag zur Trockenhaltung der Mundhöhle. (Zeitschr. f. Stomatol. Jg. **23**, H. 7, S. 632—638.) **32**, 580.
Székely, László, Neues Verschlußverfahren für Parotisfistel. (Magyar orvos Jg. **6**, Nr. 12, S. 262—263.) (Ungarisch.) **33**, 708.
Tichomirov, S., Demonstration von Patienten nach plastischem Verschluß von Speichelfisteln. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov. Bd. **2**, S. 177—178.) (Russisch.) **37**, 325.
Vaughan, Warren T., Unilateral hyperhidrosis and erosion of teeth following parotid abscess. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 8, S. 583—584.) **33**, 171.

Wirbelsäule.

Übersichtsreferat.

Von

K. Port, Würzburg.

Anatomie.

Studien über die Anatomie der Wirbelsäule liegen in den zwei Berichtsjahren nur 2 vor. Vonwiller konnte beim Hund das Vorhandensein von bisher unbekannten Venenästen nachweisen, die ganz regelmäßig unter Durchbohrung der Wirbelkörper direkt zum Plexus venosus int. ant. verlaufen. Die gleichen Verhältnisse finden sich beim Menschen, wenn auch selten. Infolge des aufrechten Ganges ist der Bau geändert. Die Venen sind aufgelöst in eine kleine Anzahl fächerförmig verlaufender Äste, welche den Bau der Spongiosa nicht wesentlich beeinflussen. Galloisu u. Japiot studierten die innere Architektur der Wirbelsäule. Die Strukturlinien bestehen aus 2 Systemen: ein vertikales, das sich durch die ganze Wirbelsäule einheitlich fortsetzt, so als ob keine Zwischenwirbelscheiben bestünden; das andere vereinigt die verschiedenen Apophysen

mit dem Körper und untereinander so, daß jeder Druck, der auf die Apophysen ausgeübt wird, sich auf die Gesamtheit des Wirbels verteilt. Wenn trotz des gleichmäßigen Baues der 12. Brustwirbel und 1. Lendenwirbel bei Verletzungen bevorzugt werden, so rührt das daher, daß hier das Maximum der Bewegungsfreiheit der Wirbelsäule liegt.

Mißbildungen.

Die meisten Arbeiten beschäftigen sich mit der Spina bifida. Als eigenes Krankheitsbild wurde hier von den Franzosen das sog. „Klippel-Feilsche Syndrom" isoliert, der sog. Homme sans cou. Die obersten Halswirbel sind unter sich zu einer Knochenmasse verschmolzen und zeigen eine gemeinsame ovale Öffnung der Bogenteile. Klinisch ist der Hals schwer beweglich, kurz, die untere Haargrenze reicht oft weit in den Nacken herein. Delfosse u. Smeesters fügen den angeblich erst 16 beschriebenen Fällen 2 neue hinzu. Feil kannte bereits 30 Fälle und beschreibt als Besonderheit die Beobachtung eines 70jährigen Mannes mit diesem Krankheitsbild, ein Zeichen, daß die Mißbildung die Lebensfähigkeit nicht beeinträchtigt. Noble bringt noch einen, Radulescu 4 Fälle, Mau fand die Mißbildungen vergesellschaftet mit einem Schulterblatthochstand. Er schließt daraus, daß diese typische Hemmungsbildung sich nicht nur auf das Medullarrohr beschränkt, sondern auch auf die zugehörigen Metameren erstreckt, besonders die Myomeren, ausgehend von einer Dysplasie des Markes. Zanoli berichtet über ein 14jähriges Mädchen, welches ebenfalls Verschmelzung und Spaltbildung der obersten Halswirbel aufwies, daneben aber noch zahlreiche andere Mißbildungen im Bereich der Wirbelsäule hatte.

Für die Spina bifida oder besser Cystocele der Neugeborenen gibt es nach der übereinstimmenden Ansicht aller Autoren nur eine Behandlung: die Operation (Stockmeyer). Kosyrew betont, was ebenfalls kaum auf Widerspruch stoßen wird, daß man sich bei der Gefährlichkeit der Operation mit einem fasciomuskulären Verschluß begnügen solle. Zur Technik fordert er, daß die Operation stets in Beckenhochlage gemacht werde und diese Lagerung auch während der Nachbehandlung beibehalten werden soll. Cutler gibt die Mortalität auf 41% an. Trotzdem muß operiert werden, ausgenommen bei den allgemein bekannten Kontraindikationen (Lähmungen). Mikula hat unter 14 Operierten nur 2 Todesfälle. Praktisch wichtig ist besonders die Frage der Spina bifida occulta. Übereinstimmend wird betont, daß nicht jede Spaltbildung als Spina bifida bezeichnet werden darf. Man unterscheidet 2 Formen. Eine, welche entstanden ist durch Mißbildung im Rückenmark, diese weist Störungen im Nervensystem auf, die andere betrifft allein den Wirbelbogen, diese findet man in $^1/_3$ aller Menschen, ohne daß sie je klinische Erscheinungen macht. H. Meyer zeigt, daß man die erstere Form auch im Röntgenbild erkennen kann. Der Spalt ist groß und unsymmetrisch gelagert, die beiden Bögenstümpfe zeigen deutlich Verbiegungen. Mutel schlägt für beide Formen je einen eigenen Namen vor, um diagnostische Irrtümer zu verhüten. Er will unterschieden wissen den einfachen Hiatus des Bogens und die Spina bifida vera. Altschul ist der Meinung, daß der Hiatus doch eine Disposition darstelle. Er führt einige Fälle an, wo die Nervensymptome ausgelöst wurden bei Gelegenheitsursachen (Verkältung, Trauma, Schock). Unter den Nervensymptomen steht die Enuresis an 1. Stelle. Arensen fand bei Kranken mit Enuresis in 53,6% Spina bifida, bei Leuten ohne Enuresis nur in 20%. Außerdem finden sich Deformitäten an den Beinen, welche langsam stärker werden. Solche Beispiele führen an: Osten-Sacken für den Lumbalteil einen Klumpfuß, Feriz elephantiasisartige Mißbildung eines Fingers bei thorakaler Spalte. Hassin berichtet einen Fall von Spina bifida occulta cervicalis, bei welchem sich erst mit 36 Jahren allmählich fortschreitende Steifigkeit aller 4 Extremitäten entwickelte. Ascher bezeichnet als klassisches Zeichen die zeitweise auftretenden Kontraktionskrämpfe im Knie. Sie beginnen in der Zeit des stärksten Wachstums. Die vorgenommenen Operationen führten zur Heilung. Fink, Schulz und Greil stellen in gleicher

Weise die Theorie vom behinderten Ascensus des Rückenmarks auf, welcher nach der 3. Fetalwoche beginnt. Die Spina bifida kann sich später schließen. Hierdurch wird verschleiert, daß sie die Ursache der meisten orthopädischen Erkrankungen der unteren Extremitäten ist. Höhere Grade sind stets mit diesen Deformitäten kombiniert. van Neck fand die Spina bifida sacrolumbalis kombiniert mit Plattfüßen und angeborener Hüftluxation.

Nahe verwandt mit der Spina bifida sind die Geschwülste der Kreuzbeingegend. Sonntag berichtet über einen solchen Tumor, der neben einer Spaltbildung im unteren Lendenteil bestand. Meist sind es Cysten, welche zu den Dermoidcysten gerechnet werden. Solche beschreiben: Biancheri, Zamper und Galletly. Sie liegen meist an der Vorderseite des Kreuzbeins und sind mitunter sehr schwierig zu operieren. Galletly hat zuerst vom Bauch aus das Peritoneum gespalten und dann die Arteria iliaca interna unterbunden, um den Blutverlust zu beschränken. Darauf wurde die Geschwulst von hinten her entfernt. Sehr viel leichter zu operieren sind die Steißbeingeschwülste, die sich meist leicht ausschälen lassen. Sie sind keine Dermoidcysten, sondern nur embryonale Einstülpungen der Haut und enthalten nur Haare. Mitunter brechen sie von selbst auf und man bekommt nur die zurückbleibende Fistel zu sehen. Um sich deren Ausschälung zu erleichtern, schlägt Bookman vor, eine Kanüle einzuführen und mittels Tabaksbeutelnaht den Eingang der Fistel um sie zu schließen und dann eine Farblösung einzuspritzen. Dann färbt sich das Gewebe sehr intensiv und es ist leicht alles gefärbte Gewebe zu entfernen. Peiser macht stets einen Querschnitt, weil der Längsschnitt, da die Hautwunde nicht exakt geschlossen werden kann, oft zu nachträglicher Infektion Veranlassung gibt. Adami bemerkt, daß die Steißbeingeschwülste niemals Anlaß zu malignen Neubildungen geben.

Der Diagnose wegen soll hier noch erwähnt werden der Fall von Steißbeintuberkulose von David, welcher zur Fistelbildung führte. Klinisch bestanden nur dumpfe Beschwerden beim Sitzen und beim Aufstehen aus der sitzenden Stellung.

Eine nicht allzu seltene Mißbildung ist das völlige Fehlen des Os. sacrum. In den beiden mitgeteilten Fällen von Delfosses und Stewart bestand völlige Inkontinenz von Blase und Mastdarm und beiderseits Klumpfuß. Die beiden Spinae post. standen nur 2 cm auseinander bei dem 6jährigen Kind. Gefühlsstörungen an den unteren Extremitäten waren nicht vorhanden.

Von anderen Mißbildungen sind beschrieben worden: Greig: Gelenkige Verbindung des Processus transversus des Atlas mit seinem Körper. Derselbe stellt also eine Art Halsrippe dar. Backmann: Ein Halbwirbel in der Halswirbelsäule. Camurati, Göcke und Cumming: Lumbale Rippen. Dieselben haben oft abenteuerliche Formen. Yamurati fand diese Anomalie unter 489 Röntgenaufnahmen 6mal. Marschall beschreibt einen Patienten mit einer 13. Rippe. Patient hatte sich die Rippenmuskeln bei einer plötzlichen Gewaltanstrengung verzerrt. Er behielt durch Jahre hindurch Schmerzen und Gefühlsstörungen im Bereich des 12. Dorsalnerven.

Erkrankungen der Wirbelsäule.

a) Spondylitis tuberculosa.

Die Spondylitis ist im Beginn oft recht schwer zu erkennen. Bei Kindern ist die Beobachtung wichtig, wie Raeschke darlegt, daß sie gegen alle Bewegungen empfindlich sind, sie jammern beim Waschen, Baden und Auskleiden. Abends kurz nach dem Einschlafen erwachen die Kinder oft wieder nach einem kurzen heftigen Aufschrei, um dann gleich wieder einzuschlafen. Bei unsicherem Druckschmerz empfiehlt er bei Erwachsenen den elektrischen Strom. Die Kathode wird auf den Leib gesetzt und die Anode längs der Dornfortsatzreihe geführt. An der kranken Stelle entsteht dann ein deutlicher Schmerz. Als diagnostisches Hilfsmittel gegen Muskelrheumatismus werden

nach Pitzen die schmerzhaften Muskelhärten aufgeführt. Sie finden sich jedoch, wie Referent nachweisen konnte, bei jeder beginnenden Spondylitis, bevor der Gibbus deutlich wird. Achard weist darauf hin, daß Müdigkeit und ausstrahlende Schmerzen sofort verschwinden, wenn die horizontale Lage eingenommen wird. Nach Trias ist jede hartnäckige Ischias bei Erwachsenen verdächtig und sollte zur Aufmerksamkeit mahnen. Gregory nennt den Psoasschmerz als Frühsymptom. Bei Druck auf den kranken Wirbel oder spontan entsteht Schmerz und Schwächegefühl in der betreffenden unteren Extremität. Abdominelle Beschwerden bei Spondylitis haben weniger diagnostischen Wert, sie werden von Schneider auf eine gleichzeitig bestehende Tuberkulose der abdominellen Drüsen zurückgeführt.

Brahic bringt genaue Aufstellungen über den Wert der Laboratoriumsreaktionen. Der positive Ausfall der Hautreaktion nach Pirquet bedeutet beim Erwachsenen nichts, bei Kindern unter 3 Jahren ist er außerodentlich wertvoll, bei älteren Kindern hat er Wahrscheinlichkeitswert. Der negative Ausfall spricht gegen Spondylitis nur, wenn auch alle sonstigen Zeichen des Leidens fehlen. Die Subcutanreaktion, Augenreaktion und Autourinreaktion sind lange nicht so einfach und keineswegs sicherer. Die Vermehrung der Leukocyten hat nur prognostischen Wert, je größer sie ist, um so günstiger ist die Prognose. Ebenso zeigen die Vermehrung der Eosinophilen und die Anwesenheit von Basophilen eine günstige Prognose an. Die Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen hat keinen diagnostischen Wert. Die Untersuchung des Liquor ist wichtig als Zeichen einer beginnenden Pachymeningitis. Sie zeigt Gelbfärbung, leichte Lymphocytose und Albumen immer bei gleichzeitigem Vorhandensein von nervösen Erscheinungen. Fehlen diese bei positivem Ausfall der Reaktion, so ist ihr baldiges Erscheinen zu fürchten. Das Röntgenbild gibt im Beginn kaum Anhaltspunkte. Der Kalkgehalt erscheint nach Aubry und Pitzen in den tuberkulös erkrankten Abschnitten vermehrt. Dies steht im direkten Gegensatz zu den Beobachtungen an anderen tuberkulös erkrankten Knochen. Diese scheinbare Vermehrung des Kalksalzgehaltes ist diagnostisch zu verwerten. Jemeljanoff beschreibt einen Fall von isolierter Erkrankung des 4. Lendenwirbels, bei welchem der innere Zerfall zu einem Bilde führt, als ob der Wirbel horizontal gespalten wäre.

Die Komplikation mit nervösen Erscheinungen wird eingehend erörtert von Alquier. Nur in den seltensten Fällen wird vom tuberkulösen Prozeß die Dura infiltriert oder gar durchbrochen. Die Wurzelschmerzen sind leicht erklärlich durch Reizung der austretenden sensiblen Wurzeln. Die Kompressionserscheinungen können nicht gut durch direkten Druck auf das Rückenmark erklärt werden, denn auch bei großer Raumbeengung von vornher, hat das Mark genügend Platz zum Ausweichen, abgesehen von ganz außergewöhnlichen Fällen. Es handelt sich vielmehr um eine Art Ischämie, um Drosselung der Venen und Capillaren mit folgendem Ödem als Folge der Ausbreitung der tuberkulösen Wucherung. A. Thomas hat außerdem größere Läsionen des Sympathicus gefunden und weist auf deren Wichtigkeit hin. Sorrel unterscheidet 2 Formen der Lähmungen: Der Intervertebralabsceß zeichnet sich aus durch schnelles Auftreten der Lähmung und rasches Komplettwerden. Er tritt stets innerhalb des 1. Krankheitsjahres auf. Bei der Pachymeningitis externa dagegen tritt die Lähmung erst spät auf, entwickelt sich langsam, zeigt Remissionen und Exacerbationen ohne ganz vollständig zu werden, heilt aber auch nie restlos aus. Wallace hebt hervor, daß eine Lähmung sich selten entwickle, wenn der Prozeß innerhalb des 10. Brustwirbels liegt. Bei der Spondylitis der Halswirbel ist der Verlauf der Lähmung anders als an tiefer gelegenen Teilen (Broca). An den oberen Halswirbeln gibt es leicht Verschiebung zwischen den erkrankten Wirbeln und dann plötzlichen Exitus, oder auch eine Halbseitenlähmung. An den unteren Halswirbeln kann es, wenn nur die oberflächlichen Bahnen geschädigt sind zu Paraplegie der oberen Extremität kommen (Gollsche Lähmung). Sind die Wurzeln befallen, so äußert sich dies hauptsächlich durch Kombination von ausstrahlen-

den Schmerzen und motorischen Störungen. Kommen auch Markläsionen dazu, so hat man Lähmung der oberen Extremitäten mit Schmerzen und Reflexsteigerung an den unteren. Duguet hebt hervor, daß manchmal die Lähmung das einzige Zeichen der Spondylitis ist. Daß auch eine Bogencaries manchmal Lähmungen machen kann, zeigt der Fall von Barnett. Es hatte sich ein Sequester gebildet, welcher entfernt wurde. Darauf völlige Querschnittslähmung, welche nach 3 Monaten wieder vollständig ausheilte. Davydow berichtet über einen interessanten Fall von Spondylitis cervicodorsalis mit Lähmung des linken Zwerchfells. Der Nervus phrenicus war auf seinem Wege durch den tuberkulösen Prozeß beschädigt worden.

Über das Verhältnis des Gibbus zum erkrankten Wirbel schreibt Albanese: Nur wenn die Zerstörung in der Mitte oder dem unteren Teil des Wirbelkörpers liegt, gehört der prominente Dornfortsatz dem zerstörten Wirbel an, sitzt die Zerstörung im oberen Teil des Wirbels, so ragt der Dornfortsatz des nächst oberen Wirbels am meisten vor.

An besonders erwähnenswerten Fällen sei noch genannt: Das Bestehen einer Bronchialfistel bei Spondylitis (Cameron). Die in den Psoasabsceß injizierte Jodoformaufschwemmung wurde ausgehustet. Ein Absceß am Rücken kam ausnahmsweise nicht von einer Wirbelcaries (Segrê). Ein Junge hatte ein Halmstück eingeatmet, nach Eröffnung des erwähnten Rückenabscesses fand sich darin das Halmstück unversehrt vor. Thost erzählt einen Fall, welcher beweist, daß Schluckbeschwerden nicht immer von einer Spondylitis herrühren, sondern auch Wucherungen von Knochen oder Knorpel infolge einer Arthritis deformans die Ursache sein können. Bei einer 30jährigen Dame fand sich ein solcher isolierter Knochenvorsprung im Röntgenbild, er wurde auch mit der Sonde gefühlt und die Patientin gab ganz deutlich an, daß dieser Punkt der Sitz ihrer Beschwerden sei.

Statistische Zusammenstellungen über mehrere 100 von Fällen bringen Muro und Leskinen. Daraus ist interessant, daß das Häufigkeitsverhältnis der Brust-, Lenden- und Halswirbel gleich ist 13 : 11 : 5.

In der Behandlung der Spondylitis hat sich in dem Zeitabschnitt der Berichtsjahre nichts wesentlich geändert. Der Wert der Heliotherapie wird gepriesen von Brunns und Rollier. Die Bradford-Schiene empfiehlt besonders Wyckoff. Pough hält die Reklination am Gibbus nicht für richtig. Das Widerlager sollte bei Gibbus in den unteren Wirbelsäulenabschnitten oberhalb, bei Gibbus in den oberen unterhalb des Buckels liegen. Das wichtigste für die Therapie ist immer die Prophylaxe. Deshalb fordert Brüning zur Propaganda für Aufklärung des Volkes über die drohenden Gefahren der Wirbelerkrankungen auf. Cadenet berichtet über die Deformierung an Unterkiefer und Zähnen nach Gipskorsettbehandlung. Das empfindlichste Alter hierfür ist das von 8—12 Jahren. Die Besserung und das endliche Verschwinden dieser unerwünschten Nebenerscheinung am Kiefer tritt sehr bald nach Beseitigung des Druckes ein. (Ref. fand im Gegenteil diese Deformierung ungemein hartnäckig, sie verschwand bei seinen Fällen nie ganz.) Die Abscesse, besonders der Psoasabsceß, bedeuten nach Huet nicht immer einen ernsten Zustand bei der Tuberkulose. Sie werden punktiert und dann mit Jodoformglycerin oder Lugolsche Lösung gefüllt und heilen sehr oft restlos aus. Laminektomie hilft durchaus nicht immer. Zwei günstige Heilungen durch dieselbe bei Lähmungen infolge eines drückenden Granuloms berichten Lempberg und Albee. Eine Statistik über 33 Laminektomien aus der Rostocker Klinik bringt Lasch. Zur Technik dieser Operation empfiehlt Lewit statt eines Längsschnittes oder Türflügelschnittes einen Hautlappen mit oberer Basis zu bilden. Bei praevertebralen Abscessen verlangt oft der Druck auf die Umgebung eine rasche Eröffnung. Borchers macht diese durch die Costatransversektomie, welche viel häufiger indiziert sei als die Laminektomie. Valtanocoli eröffnet diese Abscesse mit einem 8—10 cm langen Troicar. Er sticht vom Zwischenrippenraum schräg durch die Gewebe zwischen Wirbelsäule und Pleura.

Den breitesten Raum in der Literatur nimmt die Diskussion über die operative Versteifung der Wirbelsäule als Heilmittel gegen die Spondylitis ein. Die meisten Autoren heben ihren Wert bei Erwachsenen hervor, Girdlestone betont besonders, daß diese Kranken ohne Operation zeitlebens eine Stütze tragen müssen, auch Walderström hebt die Häufigkeit der Rückfälle ohne Versteifung hervor. Nur Niciforowa macht die Operation besonders gern bei Kindern und Jugendlichen. Ciaccia bezeichnet das Albeesche Verfahren bei Kindern als nutzlos, wenn nicht gar gefährlich. Allenbach berichtet über einen Jungen, welcher 3 Jahre nach der Albeeschen Operation ad exitum gekommen ist. Der Span hatte ausgezeichnet gehalten und die Ausbildung eines Gibbus verhindert, trotzdem 2 Wirbel vollkommen zerstört waren, aber er hat eben gerade dadurch geschadet, weil er die Ausheilung verhinderte. Ssenjawina erlebte einen Fall, in welchem ein Absceß infolge der Operation in die Pleura durchbrach. Über die Erfolge, besonders auch die Dauererfolge, liegt eine große Anzahl von Statistiken vor. Sie geben im Durchschnitt 60% befriedigende Erfolge an.

Kornew hatte unter 149 Operationen bloß 2 Todesfälle. Willems berichtet, daß knöcherne Heilung auch eintreten kann, wenn der Span sich im Laufe der Behandlung ausstößt. Die Nachuntersuchung seiner Fälle zeigten Dardel, daß an der Brustwirbelsäule der Span nicht imstande ist, die Beugungstendenz der Wirbelsäule vollkommen aufzuhalten. Wesentlich günstiger waren der Lumbal- und der Cervicalabschnitt.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist der Einfluß des Spanes auf das weitere Wachstum der Wirbelsäule. Hier sind die Angaben außerordentlich widersprechend. Giorgacopulo fand bei 5 Kindern, welche er im Alter von 6—8 Jahren operiert hatte und nach mehreren Jahren nachuntersuchte, keine Wachstumsstörung. Push dagegen fand an einem Präparat eines 9 Jahre nach der Operation verstorbenen 13jährigen Kindes, daß die überbrückten Wirbel viel kleiner waren als die Wirbel ober- und unterhalb, der Span zeigte jedoch eine sehr bedeutende Dickenzunahme. Der tuberkulöse Prozeß war nicht aufgehalten. Smirnoff operierte an jungen Hunden im Alter von 2—4 Wochen. 3 Monate nach der Operation zeigten die operierten Tiere im Vergleich mit den Kontrolltieren ein Manko an Körpergewicht und Brustumfang, eine deutliche Lordosierung und eine Differenz der Wirbelsäulenlänge bis zu 8 cm.

Was die Technik der Operation betrifft, so hebt Sisler hervor, daß die Operation nach Albee und Hibbs ganz gleichgute Resultate ergeben. Bogusewski fordert, daß die Operation in Lumbal- und Lokalanästhesie gemacht werde, um sie ungefährlicher zu gestalten. Im übrigen sind eine große Menge Modifikationen ersonnen worden. Die häufigste ist die Verschmelzung beider Methoden (Lewin). Zwei Späne zu beiden Seiten legen ein Henle (der Vorgänger von Albee) und Schulz. Drei Späne verwendet Smirnow, einen zwischen die gespaltenen Dornfortsätze und je einen zu beiden Seiten. Jung meißelt nur eine dünne Periostknochenlamelle aus der Tibia, bricht sie der Länge nach durch und faltet sie so, daß die Periostflächen aufeinander zu liegen kommen. Er legt dann diese Stücke mit den beiden Wundflächen gegen die gespaltenen Dornfortsätze ein. Zur besseren Befestigung schraubt Magnuson den Span mit Elfenbeinschrauben fest. Aus demselben Grunde schlägt Ginsburg die Dornfortsätze an der Basis durch und biegt sie nach der Seite weg, auf die Stümpfe wird ein dicker Span gelegt; dann werden die Spitzen zurückgeklappt und festgenäht. Die Fixation soll ausgezeichnet sein. Kleine Modifikationen in der Größe des Spans bringen noch Picot und Gerbatschewski. Tagliavacche modifiziert die Hibbs'sche Operation, indem er die abgeschlagenen Dornfortsätze in ihrer Lage mit Catgut befestigt. Gutierrer nimmt den Span aus der Rippe, Albanese aus der Spina scapulae. Grautham macht nur eine kleine Incision und bereitet von hier aus dem Span subcutan sein Lager und schiebt ihn dann ein. Lange nimmt für den Gedanken der inneren Fixation der Wirbelsäule für sich die Priorität in Anspruch, weil er schon vor Henle und Albee Celluloidstäbe subcutan zu beiden Seiten der Dornfortsatzreihe eingeführt hat. Er hält auch

jetzt noch an dieser Fixationsmethode fest und erklärt sie für besser als die Knochenoperationen. Die Dauer der Nachbehandlung wird allgemein auf etwa $^1/_2$ Jahr angenommen, nur von Gonzalez liegt eine Veröffentlichung vor über kürzere Zeit. Er läßt seine Kranken schon 5—6 Wochen nach der Operation ohne Stütze aufstehen. Smirnoff verlangt $^1/_4$ Jahr strenge Bauchlage.

b) Spondylitis nach anderen Erkrankungen.

Die typhöse Spondylitis wird allgemein als verhältnismäßig gutartig bezeichnet, wenn sie auch anfangs außerordentlich schmerzhaft ist. Ihre Dauer beträgt durchschnittlich 7 Monate. (De Battisti, Tröll, Bachrach, Lyon, Hatieganu.)

Fujimori berichtet über den ausgezeichneten Erfolg der Koktoimmunogentherapie. Auch nach Fleck- und Rückfallsfieber kommen Spondylitiden vor. Solche sind berichtet von Nadein, Matrossow, Fedorowic, Diehl und Koroboff. Die Erkrankungen verlaufen im allgemeinen gutartig, doch ist eine Versteifung der Wirbelsäule zu fürchten. Die beste Behandlung waren Sonnenbäder. Mitunter finden sich auch noch Herde in anderen Knochen. Billington beschreibt 35 Fälle von dauernden Rückenschmerzen nach Cerebrospinalmeningitis. Diese Fälle waren mehrmals punktiert worden. Das Röntgenbild zeigte deutlich Osteoarthritis. Die Knochenveränderungen bestanden in brückenförmigen Osteophyten, Verschmelzung oder Zerstörung der Zwischenwirbelscheiben. Verf. glaubt, daß die Punktionen die Ursache dieser Schädigung gewesen sind, indem die Nadel, nachdem sie infektiöse Gewebe passiert hatte, an der vorderen Wand des Wirbelkanals anstieß und dort die Keime direkt einimpfte.

c) Spondylitis luetica.

Die Syphilis der Wirbelsäule kommt nach Cofield als arthralgischer, gummöser oder Charcotscher Typ vor. Der erste zeigt Rückenschmerzen und Muskelspasmen. Der Röntgenbefund ist dabei negativ. Der zweite gleicht klinisch ganz der tuberkulösen Spondylitis, die Schmerzen sind besonders nachts vorhanden. Beim dritten ist die äußerliche Prominenz der Wirbel gering, es bestehen keine Schmerzen, dagegen sind Ataxien vorhanden. Zu letzterer gehören die tabischen Arthropathien, von denen Proxin, Wittkowski und Oberndorfer Beispiele bringen. Gemeinsam wird die Unempfindlichkeit hervorgehoben, so daß bei einem Fall die Entdeckung rein zufällig durch den Arzt geschah. Im Röntgenbild zeigt diese Form starke Knochenproliferation neben Destruktion. Harris bringt die Krankengeschichte eines Gummi von Dorn- und Querfortsatz des 1. Brustwirbels. Zunehmende Schmerzen mit Ausstrahlungen in die Arme bei Bewegungsversuchen führten den Kranken zum Arzt. Der Kopf wurde vorwärts geneigt und steif gehalten. Anästhesien im Ausbreitungsgebiet des 8. Cervical- und 1. Thoracalnerven bis zu den Fingern. Erster Brustwirbel druckempfindlich. Das Röntgenbild zeigte Rarifikation des Bogens und Querfortsatzes des 1. Brustwirbels. Auf antiluetische Behandlung rasche und vollständige Heilung. Andere ähnliche Fälle berichten Wetschtomoff und Havranek. Tomasone fand bei 3 Patienten eine ankylosierende luetische Spondylitis.

d) Osteomyelitis der Wirbelsäule.

Das klinische Bild der akuten Osteomyelitis wird von Brown an der Hand von zwei beobachteten Fällen geschildert: Am häufigsten ist die Lendenwirbelsäule befallen, am seltensten die Halswirbelsäule, und zwar sitzt der Herd besonders an Bogen und Querfortsätzen, selten am Wirbelkörper. Erstere Form führt zu Abscessen am Rücken, letztere zu den viel gefährlicheren Mediastinal- und Psoasabscessen, die manchmal die Meningen ergreifen und recht oft zur Pyämie führen. Trauma ist nicht immer nachzuweisen. Schmerzen sind die ersten und hervorstechendsten Erscheinungen neben Steifigkeit der Wirbelsäule. Bald entsteht Toxämie mit hohem Fieber. Dieses sollte stets die

Aufmerksamkeit erregen. Ein Symptom erleichtert oft die Diagnose, die Schwierigkeit der Miktion oder sogar Urinverhaltung. Vom Röntgenbild erhält man meist keinen Aufschluß. Die Mortalität beträgt 60%. Andere Fälle beschreiben Meyer, Reimann und Fitzler. Stöhr berichtet über 2 Osteomyelitisfällebei Säuglingen. Mathieu fordert unter allen Umständen die Freilegung des primären Herdes. Beim Wirbelkörper geht das nur durch die Costotransverektomie.

Über die chronische Form der Osteomyelitis schreibt Öhlecker. Nach dem stürmischen Ablauf der akuten Erscheinungen bleiben reichliche Knochenwucherungen um den Krankheitsherd herum. Wichtig zur Differentialdiagnose gegen Tuberkulose ist außer der Anamnese die wiederholte Blutuntersuchung. Das Leiden tritt meistens erst im 3., 4. oder 5. Dezennium auf. Barun beschreibt eine neue Krankheit: Chondritis intervertebralis acuta infectiosa calcaria. Bei einem 12jährigen Mädchen traten plötzlich unter influenzaartigen Erscheinungen heftige Schmerzen im Rücken ein. Langsame Besserung unter Ausbildung einer Totalskoliose, vollkommene muskuläre Versteifung der unteren Wirbelsäulenhälfte, Druckempfindlichkeit des 11. bis II. Dornfortsatzes. Im Röntgenbild sind die Zwischenräume dieser Wirbel, welche den Bandscheiben entsprechen, ausgefüllt durch einen starken, schweren Schatten. Nach $^1/_2$jähriger Korsettbehandlung verschwanden die Beschwerden. Das Röntgenbild blieb unverändert.

Chronische Versteifungen der Wirbelsäule.

In der Abgrenzung der einzelnen Erkrankungstypen ist noch immer keine völlige Einigung erzielt. Valtancoli stellt die in Frage kommenden Erkrankungen zusammen:

1. Spondylitis ankylopoetica (Pierre-Marie-Strümpell) charakterisiert durch beginnende Schmerzen im unteren Ende der Wirbelsäule und der Mitbeteiligung des Hüft- und Schultergelenkes. 2. Chronische Versteifung der Wirbelsäule (Bechterew), die Rigidität ist über die ganze Wirbelsäule oder nur über einen Teil ausgebreitet, jedoch ohne größere Schmerzen. Bei diesen Fällen finden sich die grotesken Formen der Kyphose. 3. Osteoarthritis vertebralis, sie ist mit chronischen polyarthritischen Prozessen in allen Körpergelenken, vorzüglich in den Gelenken von Hand und Fingern kombiniert. 4. Die rheumatische, 5. die traumatische Form. Eine andere Zusammenstellung liefert Knaggs. Er gründet seine Studien auf Sammlungspräparate und unterscheidet 3 Arten: 1. Die Ossification der Ligamente der Wirbelsäule. Sie beschränkt sich auf das vordere Ligament, ergreift aber auch mitunter alle Ligamente. Recht oft erstreckt sich die Versteifung auch auf andere Gelenke, selbst alle Körpergelenke können befallen sein. Die Zwischenwirbelscheiben sind immer intakt (P.-St.-M.). 2. Atrophie der Zwischenwirbelscheiben. Sie beginnt stets mit Muskelschwäche und führt oft zu hochgradigen Verkrümmungen. Viele Fälle zeigen Schmerzen infolge Kompression der Nervenwurzeln. Hierher gehört als Abart die Alterskyphose. 3. Fälle mit osteoarthritischen Erscheinungen. Die Knorpel der Gelenke sind verschwunden. Die Ränder der Wirbelkörper erscheinen umgekrämpelt durch Osteophytenbildung. Es kommt aber zu keiner Verschmelzung der Wirbel. Ruhe trennt zwischen Spondylitis ankylopoetica und Spondylitis deformans. Bei ersterer handelt es sich um eine fortschreitende Entzündung der kleinen Gelenke, die schließlich zu einer vollständigen Synostose führt. Bei letzterer kommt es unter übermäßiger Inanspruchnahme bei schlechter Leistungsfähigkeit zur Deformierung des Wirbelkörpers. Bei ersterer Form ist eine rheumatische Schädigung als Ursache häufig. Im Anschluß an diese größeren Arbeiten sind folgende Einzelbeobachtungen zu erwähnen. Guarni fand bei einer Spondylitis deformans Bechterew eine Ossification im M. mylohyoideus, welche Schluckbeschwerden verursachte. Barsony fand zufällig bei einer Röntgenuntersuchung inselförmige Kalkablagerungen an 2 benachbarten Zwischenwirbelscheiben, welche keinerlei Beschwerden verursachten. Calvé beobachtete eine als Spondylitis mit Gibbus imponierende Erkrankung. Das

Röntgenbild zeigte nur einen Wirbel deformiert, keilförmig zusammengedrückt. Er hält die Erkrankung deshalb für keine Tuberkulose, weil die Wirbelscheiben intakt sind, trotz positiver Tuberkulinreaktion, sondern für Osteochondritis vertebrae infantilis.

Spondylolisthesis.

Diese Erkrankung hat erst wieder in neuerer Zeit eine eingehendere Beachtung erfahren. Es werden leichtere Fälle beobachtet, bei welchen der 5. Lendenwirbel nur einige Millimeter über das Os sacrum nach vorn rutscht, und vollständige. Zu ersterer gehören die Beobachtungen von Michael, Baumann und Desfosses. Sie zeigen alle eine sehr starke Aushöhlung des Kreuzes. Das Kreuzbein steht dabei ganz horizontal. Diese Fälle werden von Whitman als Präspondylolisthesis von den viel selteneren vollständigen Dislokationen unterschieden. Whitman, Turner und Wilhelm beschreiben solche vollständige Dislokationen. Der Fall Wilhelms hatte fast gar keine Beschwerden, trotzdem der Lendenwirbel nur noch mit seinen Gelenkfortsätzen an der vorderen Kante des Os sacrum festhakte. Als Behandlung kommt nur Korsett oder die knöcherne Versteifung in Frage.

Ischias und Rückenschmerz.

Während in der deutschen Literatur der Zusammenhang dieser Beschwerden mit Formveränderungen der Wirbelsäule und des Sacrum oder Verletzung dieser Gegend einhellig abgelehnt wird, ist die ausländische Literatur voll von Schilderungen pathologisch-anatomischer Veränderungen als Ursache für diese so überaus häufigen Beschwerden. In den Berichtsjahren ist nur eine einzige deutsche Veröffentlichung, die von Schüller, vorhanden, welche ebenso wie alle früheren auf dem ablehnenden Standpunkt steht. Er fand unter dem Breslauer Material 8 Fälle von Sakralisationen, bei allen 8 waren nicht einmal Schmerzen vorhanden. Solche Anomalien dürfen als Ursache für Beschwerden nur angenommen werden, wenn wirklich alle anderen möglichen Krankheitsursachen ausgeschlossen werden können. Bei Ischias und Lumbago dürfte das außerordentlich schwierig sein. Von den Ausländern stehen auf dem gleichen ablehnenden Standpunkt Calissano, Uslenghi und Darling. Letzterer sagt, bei Besprechung der traumatischen Schädigung der Kreuz-Darmbeinfuge, daß die Röntgenbilder sehr häufig zu Täuschungen Anlaß geben, und fügt hinzu: „Das ist ein häufiger Irrtum, der gemacht wird, weil die Diagnose gestellt oder gestützt werden soll." Léri fand unter 100 Röntgenbildern 53mal Überlagerung der Schatten des Querfortsatzes und der Darmbeinschaufel. Aber auch beim Zusammentreffen mit Schmerzhaftigkeit hat sich recht oft gezeigt, daß die Schmerzen ganz andere Ursachen hatten. Er warnt vor dieser „Röntgenfalle". Rugh ist der Ansicht, daß anatomische Abweichungen oder Variationen, die man bei der Untersuchung der Lumbal-Lumbosakral- und Iliosakralgegend anscheinend gesunder Menschen in 85% der Fälle findet, öfter die Prädisposition, wenn nicht das auslösende Moment für Kreuzschmerzen sind. Ebenso Sicard, Baumann, Magnusson, Berry, Denforth. Dabei wird angegeben, daß die Schmerzen genau denen bei gewöhnlicher Ischias entsprechen, Druckschmerz an den typischen Punkten und Lasèquesches Zeichen, ebenso, daß Heilung erfolgt unter Heißluftbehandlung, Diathermie usw. Diez gibt eine Zusammenstellung der Veränderungen, welche die Ursache für Kreuz- und Beinschmerzen sein können. Danforth gibt die ausführlichen Krankengeschichten von 21 Fällen. Von den meisten Autoren werden nur einzelne Formen dieser Anomalien behandelt. Während in den früheren Jahren die Sakralisation ganz im Vordergrund des Interesses stand, ist in den Berichtsjahren die Zahl der Arbeiten hierüber geringer geworden. Casolo fand unter 2000 Röntgenbildern 51mal Sakralisationen, von diesen zeigten $^2/_5$ Beschwerden. Als Unterscheidungszeichen gegen wirkliche Ischias gibt er an, daß Springen auf beide Füße schmerzhaft ist, wäh-

rend dies bei der Ischias nicht der Fall ist. Moore fand die Sakralisation und Lumbalisation unter 3640 Platten 117mal. Unter diesen zeigten $^3/_5$ Rückenschmerzen. Riosalido empfiehlt als Behandlung dieser Fälle Gipskorsett oder Elektrizität. Einzelne Fälle führen noch an Martius und Benassi. Im Vordergrund des Interesses steht gegenwärtig die Distorsion des Iliosakralgelenks. Smith-Petersen fordert zur Klarlegung der Lockerung dieses Gelenkes die stereoskopische Röntgenaufnahme. Auch Sladky betont die Notwendigkeit der Röntgenaufnahmen. Broocke, Steindler und Forester betonen ebenfalls die häufige Lockerung dieses Gelenkes. Letzterer Autor gibt als klinisches Zeichen für die Diagnose an: 1. die konstante Lokalisation des Schmerzes an der Spina post. 2. Schmerz beim Zusammenstauchen des Beckens. Snow und Gyriax behaupten beide, daß es ihnen in einigen Fällen gelungen sei, die Distorsion des Iliosakralgelenkes mit einem Ruck wieder einzurichten, worauf die Beschwerden sofort aufhörten.

Auch die Spina bifida occulta wird als auslösendes Moment für Wurzelschmerzen beschuldigt von Lurie, Nové-Josserand and Adams. Auch zahlreiche andere Ursachen können gelegentlich ischiasähnliche Schmerzen erzeugen. Golianizki und Spiers fanden übersehene Verletzungen, Heymann Osteophytenbildung, Gutmann Spondylitisankylopoetica. Doub beschuldigt Verkalkungen der Iliolumballigamentes. Er konnte unter 20 Fällen 12mal diese auf dem Röntgenschirm nachweisen. Léri ist der einzige, welcher über Rheumatismus schreibt.

Über günstige Wirkung der operativen Entfernung des Querfortsatzes bei Sakralisation berichten: Nuzzi, Sciaky, Smith-Petersen, Neck und Gallant. Letzterer beschreibt eingehend die Operation und nennt sie sehr schwierig und blutreich, aber auch gefährlich, weil dicht hinter dem Querfortsatz die Gefäße und Nerven verlaufen. Diese werden beim Abmeißeln am besten durch den eingeführten Finger geschützt.

Geschwülste der Wirbelsäule.

Erdelyi weist darauf hin, daß sich sehr oft bei Tumoren auf dem Röntgenbild Exostosen in der Nachbarschaft zeigen. Diese können zur Bekräftigung der klinischen Höhendiagnose verwendet werden. Andere kasuistische Beiträge lieferten: Aloi, Gold, Flatau, Lewis, Kleinberg und Motaly (Fälle von Sarkom). Hille (ein mit Erfolg operiertes extradurales Hämangiom), Gomoin (ein ebenfalls mit Erfolg operiertes Osteom der Halswirbelsäule), Walthard (ein myelogenes Plasmocytom), Naegeli (2 Fälle von Sanduhrgeschwülsten des Wirbelkanals, Neurofibrome, welche im Wirbelkanal entstanden und von da nach außen wuchsen. Beide Male nach Exstirpation Heilung.) Mit dem Ecchinokokkus beschäftigen sich 3 Arbeiten: Wyzizki operierte einen E. der Wirbelsäule und stellt 48 Fälle aus der Literatur zusammen. Cignozzi operierte einen in der tiefen Muskulatur entstandenen E., welcher auf die Wirbelsäule übergriff mit völligem Erfolg. Jamato sah einen E. von der Pleura mediastinalis auf die Wirbelsäule übergehen.

Verletzungen der Wirbelsäule.

Wirbelsäulenbrüche ohne Kompressionserscheinungen von seiten des Markes heilen gut unter konservativer Behandlung aus. Ähnlich wie bei der Spondylitis verwenden die Engländer den Bradfordschen Rahmen (Christopher), während man sonst das Gipsbett bevorzugt. Zu diesem fordert McCardy mit Recht die Anfertigung einer Bauchschale, damit das Umdrehen des Patienten sicher vonstatten geht und der Rücken gepflegt werden kann. Die Resultate sind durchweg befriedigend. Thorndike konnte unter 25 nachuntersuchten Fällen feststellen, daß 12 vollarbeitsfähig zu ihrer Arbeit zurückgekehrt waren, 4 arbeiteten, hatten aber Beschwerden, 5 konnten nur leichtere Arbeit verrichten. Alle Kranken mit Markverletzungen waren im Laufe der Zeit gestorben. Rogers 8 Fälle wurden sämtlich arbeitsfähig. Trotz dieser günstigen Erfolge

wird von manchen Autoren die operative Versteifung der Wirbelsäule an der Frakturstelle empfohlen nach Hibbs und Albee. Cleary begründet dies mit der Feststellung, daß die vollkommene Invalidität durchschnittlich bei der konservativen Behandlung $1^1/_2$—2 Jahre dauere, während die operierten Fälle ungefähr 1 Jahr früher wieder arbeitsfähig sind. Bei den Brüchen mit Schädigung des Rückenmarks sind alle Autoren einig in der Forderung frühzeitiger Operation. Besonders scharf wird dieser Standpunkt von Da Costa Hoy vertreten, welcher grundsätzlich jede Lähmung, auch die aussichtslos erscheinende schlaffe Lähmung operiert sofort nach der Verletzung, denn durch Zuwarten könne man nur schaden, indem man die günstige Zeit verstreichen lasse, vergebliche Laminektomie aber bringe bei den trostlosen Aussichten der schlaffen Lähmung keinen Schaden. Einen ähnlichen Standpunkt vertreten: Waffelaerd und Martynow. Hoy erklärt es für einen schweren Fehler, solche gelähmte Kranke zu katheterisieren. Durch bloßes Massieren der Prostata und sanften Druck auf die Blase kann man den Urin jedesmal zum Abfluß bringen. Keiner seiner Kranken ist jemals katheterisiert worden. Dagegen empfiehlt Wertheimer, zur fleißigen Ausspülung der Blase, die subrapubische Cystostomie zu machen. Fälle von Kümmellscher Erkrankung sind häufig beobachtet worden, sie werden allgemein als Kompressionsfrakturen aufgefaßt. Ploos betont ausdrücklich, daß es nachherige Aufhellungen nicht gibt. Einfache Fälle beschreiben: Zamboni, Durand, Timmer, Roederer und Sante. Martin und Bechini betonen die Häufigkeit der Exostosenbildung dabei. Léri und Nielsen beschreiben Fälle, in welchen erst sehr lange nach der Verletzung, welche nur unbestimmte Beschwerden hinterlassen hatte, plötzlich eine fortschreitende spastische Paraplegie entstand. In Nielsens Fall wurde schließlich eine alte Fraktur des 6. Halswirbels festgestellt. In Léris Fall handelte es sich um einen 53jährigen Mann, welcher 20 Jahre hindurch heftige Anfälle von Schmerzen im Kreuz hatte. Bei einer Drehbewegung bekam er plötzlich heftige Schmerzen und Parese in beiden Beinen. Im Röntgenbild zeigte sich eine alte Fraktur, welche durch eine Knochenbrücke zwischen 2. und 3. Lendenwirbel geheilt war. Diese Brücke war abgebrochen. Ein 2. Fall desselben Autors hatte 10 Jahre lang Schmerzen im Kreuz, bis eine Röntgenaufnahme eine alte Fraktur der untersten Lendenwirbel feststellte.

Die Frakturen der Halswirbel nehmen eine besondere Stellung ein. Hier ist der Bruch des 3. Halswirbels am gefährlichsten, weil hierbei leicht die vitalen Zentren der Medulla oder der Nervus phrenicus gequetscht werden. Ist die Verletzung nicht tödlich, so findet sich in der Regel eine starke Pulsbeschleunigung, Blutdrucksenkung, hohe oder subnormale Temperaturen und schmerzhafte Fixation der Wirbelsäule, oft auch Sensibilitätsstörungen in den Armen. Die Mortalität beträgt 85,7%. Die Brüche höher oben am Processus odontoideus scheinen weniger gefährlich zu sein. Nielsen berichtet über einen Fall, bei welchem der Bruch erst nach 6 Wochen entdeckt wurde, Ellermann einen ähnlichen. Hier ging Patient bereits wieder 14 Tage in die Arbeit, als plötzlich der Tod eintrat morgens beim Aufstehen aus dem Bett. Eine schöne Methode der Einrichtung dieser Brüche hat Taylor veröffentlicht. Der Patient liegt bis zu den Schultern auf dem Operationstisch. Um den Kopf wird eine gewöhnliche Kopfschlinge gelegt, von ihr aus geht ein Gurt um den Körper des Operateurs herum, so daß dieser beim einfachen Zurücklegen einen sehr starken Zug ausüben kann. Er hält dabei den Kopf des Patienten frei schwebend zwischen beiden Händen. Damit gelingt die Reposition überraschend leicht. Von 3 Patienten mußte nur einer wegen schwerer klonischer Krämpfe narkotisiert werden. Man erkennt die gelungene Reduktion an folgendem: 1. Manchmal fühlt der Patient die Fragmente an ihrem Platz zurückgleiten. 2. Die Dornfortsatzreihe ist wieder in Ordnung. 3. Eine Röntgenphotographie zeigt den Erfolg. Gleich nach gelungener Reduktion wird noch in derselben Stellung der Gipsverband über Kopf und Rumpf angelegt. Die Fixationsdauer währt 1 Jahr bis zur völligen knöchernen Vereinigung.

Die Fraktur eines oder mehrerer Querfortsätze geschieht entweder durch direkte Gewalt oder durch Muskelzug bei heftigen Abwehrbewegungen. Sie heilen ohne Schwierigkeiten öfter unter Pseudarthrosenbildung. Solche Fälle beschrieben: Wiart, Zaniboni, Ory, Zaccaria, Niedlich, Schinz und Westermann. Letzterer weist darauf hin, daß das Trendelenburgsche Phänomen bezeichnend ist für Querfortsatzfraktur. Creyssel berichtet als Komplikation eine Abknickung des Ureters durch Narbenzug, welcher später operativ gelöst werden mußte. Schütz führt einen Fall von Abriß eines Dornfortsatzes durch Muskelzug, Heller und Carp je einen Abriß der Spina il. ant. sup. an. Über Brüche des Steißbeines berichtet Drueck und betont, daß dieselben außerordentlich schwer zur Heilung zu bringen sind. Wenn die Beschwerden nicht verschwinden, bleibt nur die Entfernung des Steißbeines übrig.

Von den Wirbelsäulenverrenkungen teilt Brackett 9 Fälle mit. Er empfiehlt die knöcherne Fixation. Mackero konnte eine Luxation zwischen dem 12. Brustwirbel und 1. Lendenwirbel operieren. Die vorhandene komplette Lähmung der Beine ging bis auf Spuren zurück. Blasen- und Mastdarmlähmung blieben bestehen. Der Patient mußte ein Urinal tragen, konnte aber arbeiten. Der Fall von Angeli zeigt, daß auch bei ausbleibender Reposition die Arbeitsfähigkeit erhalten bleiben kann.

Als Rarität sind noch zu erwähnen 3 Fälle von Blaine, bei welchen eine Luxation des Atlas erzeugt wurde durch die Manipulationen eines Chiropraktors. Einer davon starb, die anderen konnten reponiert werden. Eine Seltenheit ist auch der Fall von Harloff, bei welchem subpartu eine Luxation des 5. Halswirbels eintrat, welcher das Kind nach 4 Wochen erlag.

Skoliose.

Die Arbeiten über Skoliose bringen keine größere umfassendere Durcharbeitung. Der einzige, welcher die Skoliose nicht als eigene Erkrankung, sondern als Folge recht verschiedener Grundkrankheiten anerkennt, ist Chlumsky. Er fordert infolgedessen eine kausale Therapie der Skoliose.

Farkas, welcher in seiner Arbeit eine Durcharbeitung des Skoliosenproblems von physiologischem Standpunkt aus versucht, gibt nur rein spekulative Erörterungen. Keller bringt eine Studie über die Beweglichkeit der Wirbelsäule, in welcher er betont, daß die Rotation im Brustabschnitt fast ganz fehlt, die Erhaltung der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule ist wichtig für das Wohlbefinden des ganzen Körpers infolge der nahen Verbindung mit dem symphatischen System. Karpusi bringt eine Zusammenstellung der professionellen Deformität der Wirbelsäule, wie solche schon im Bericht 1923 von Kohlrausch gegeben ist. Hierher gehört auch die Mitteilung von Schanz über die Entwicklung einer Skoliose bei Oberschenkelamputierten.

Magnus berichtet, daß durch Labyrinthexstirpation Skoliose erzeugt werden kann, was den Physiologen schon lange bekannt ist. Keck fand an mehreren Skeletten in der Höhe der Torsionsstelle eine absolute Zunahme der Höhe der Rippe.

Unter den Ursachen für die Skoliose steht obenan die angeborene Mißbildung von einzelnen Wirbeln und Rippen. Über solche berichten Falk, Chlumsky, Lehmann, Judet, van Haelst und Massabuau, ohne irgend etwas Neues zu bringen. Crainz berichtet über eine Skoliose als Folge eines Osteosarkoms des 6. Halswirbels, Fliegel über Skoliose bei Neurofibromatose. Waldkirch untersuchte alle Schulkinder beim Eintritt in die Schule und fand ebenso viele Skoliosen als in späteren Jahren. Der Einfluß der Schule auf die Entwicklung der Skoliose scheint daher ein äußerst geringer zu sein.

Den Begriff der statischen Deformität, welcher so viel Verwirrung in der orthopädischen Literatur angerichtet hat, sieht man nunmehr des öfteren abgelehnt. Dubois widmet dieser Frage einen längeren Artikel und kommt zu dem Schluß, daß die Skoliose keine statische Deformität ist, sondern das Resultat eines aus aktiven und passiven

Kräften bestehenden elastischen Systems, das aus seinem Gleichgewicht verschoben ist. Da dieses System beim Kinde bis über die Pubertät hinaus in steter Entwicklung begriffen ist, muß unter die aktiven Kräfte auch das Wachstum gerechnet werden. Dementsprechend ist die Therapie ein Rinematisches Problem. Auch Busch erklärt, daß man bei der Skoliose niemals von Statik reden darf, sondern dafür den Begriff Spannung setzen muß, unter der die Wirbelsäule ständig zusammengedrückt wird als Folge der elastischen Spannung der Muskeln.

Über die Behandlung herrscht, wie seit Dezennien, immer noch die gleiche Meinungsverschiedenheit und die Betonung extremer Standpunkte. Das einzige erschienene Buch über Skoliose ist das von Roederer. Darin wird ganz vorwiegend die Gymnastik betont und es werden bis ins einzelne gehende Vorschriften über die Behandlungsart gegeben. Auch Joland ist ein Anhänger der gymnastischen Behandlung. Aubry hat gefunden, daß sehr energische kürzere Behandlungsmethoden wertvoller sind als lang hingezogene. Fränkel fordert Liegekuren für alle Skoliotischen, ähnlich wie sie bei Spondylitis durchgeführt werden in Abwechslung mit Gymnastik. Das Schulzsche Buch über das Klappsche Kriechverfahren hat eine neue Auflage erlebt.

Unter den Redressionsverfahren erfreut sich der Abbottsche Gips, wenn auch mit einigen Modifikationen, der größten Beliebtheit. Ihn verwenden Klein, Hohmann (neben dem Schedeschen Gips), Duschowskoy, Ayres und Comisso. Scarlini verwendet die gewaltsame Streckung im Gips nach Calot, daneben auch Abott. Lovett macht ein geteiltes Korsett mit Scharnier zu Detorsion, von welchem er sich eine wesentliche Hebung der Erfolge verspricht. Für kleine Kinder ist noch überall das Gipsbett in Gebrauch. Über dieses berichten Blumenthal und Harrenstein gute Erfolge. Gaugele verteidigt das viel geschmähte Korsett als unschädlich.

Die wichtigste Neuerung auf dem Gebiete der Skoliosenbehandlung ist die Operation. Die Hauptvertreter derselben finden sich in Amerika. Whitmann schreitet bei allen schweren Skoliosen zur Operation nach Albee. Hibbs bringt einen Bericht über 59 Fälle, welche er nach seiner Methode versteift hat. Die Patienten standen im Alter zwischen 3 und 20 Jahren. Vor der Operation wird sorgfältig redressiert im Zugrahmen mit einem Gewicht bis zu 40 Pfund. Die Fälle liegen 2—9 Jahre zurück. In der Hälfte der Fälle hat er ausgezeichnete Resultate erlangt. Die Operation verhindert das Fortschreiten. Wreden reseziert an 5 Rippen beiderseits 2 cm große Stücke, behandelt dann 2 Monate lang mit Extensionen. Danach Fixation nach Albee. Hanauseck operierte an jungen Schweinen, welche eine Kyphose hatten. Er legte die Dornfortsätze frei und verband sie unter sich mit Seidenfäden. Nach einem halben Jahr war die Wölbung des Rückgrats verschwunden. Auch Schede berichtet über einige Operationen. Neben diesen Knochenoperationenwurden auch mehrfach Muskeloperationen versucht. Löffler sucht eine Entspannung der Muskeln auf der Rippenbuckelseite dadurch zu erreichen, daß er aus der gemeinsamen Sehnenplatte des Longissimus und Iliocostalis ein Stück herausnahm und dann die Skoliose im Gips korrigierte. Gruca verwendet diese Methode ebenfalls und sah nach 9 Monaten noch keine Verschlimmerung. Schepelmann versucht den Ausgleich der Muskelkräfte dadurch zu erreichen, daß er den Erector trunci auf der konkaven Seite der Primären- und der Gegenkrümmung längsspaltet und das abgelöste Stück auf die konvexe Seite herüberholt und dort befestigt. Plagemann versucht eine Besserung seiner Skoliosen zu erreichen durch Zusammennähen der Schulterblätter. Es wird aber von H. v. Baeyer und Perthes angegriffen.

Über die spätrachitische Skoliose handelt eine längere Arbeit von Mau. Nach ihm kann man im Röntgenbild 3 Stadien unterscheiden: 1. „Reizstadium", Unregelmäßigkeiten an den Epiphysen (gezackt, becherförmig, Stücke in die Epiphysenfuge eingepreßt). 2. „Deformierendes Stadium", der 2. bis 4. Wirbel sind deutlich abgeschrägt und keilförmig. 3. „Reparationsstadium" entspricht dem langsam fortschreitenden synostosierenden Stadium der normalen Wirbel. Das Leiden entwickelt sich in

einem Zeitraum von 2 Monaten bis zu $1^1/_2$ Jahr meist ohne wesentliche Schmerzen und betrifft stets den unteren Abschnitt der Wirbelsäule. Unter anderem Namen wird die spätrachitische Skoliose beschrieben von: Sorrel als Wachstumsepiphysitis, von Baumann als Epiphysitis vertebralis, von Valtancoli als vertebrale Osteochondritis deformans. Göcke bespricht spätrachitische Skoliosen als Unfallsfolgen. Unter 250 Kriegsteilnehmern mit Wirbelbeschwerden ist es in 70 Fällen später zu seitlichen Verbiegungen gekommen, und zwar waren 30 Fälle Schmerzabwehrcontracturen, 40 traumatisch bedingte Skoliosen. Nur bei der Brustwirbelsäule kommt es zu Kümmellscher Deformität, bei den Lendenwirbeln setzt die Knochenbildung so frühzeitig und so reichlich ein, daß eine sekundäre Deformierung aufgehalten wird.

Schiefhals.

Higguet berichtet über Fälle von Schiefhals, welche nach Adenotomie auftraten. Der Schiefhals ist hier vielleicht dazwischen einmal traumatisch, meist aber entsteht er, wenn nach einer überstandenen Rachenerkrankung mit der Operation nicht lange genug gewartet wurde und es zu einer infektiösen Myositis kommt. Stern beobachtete einen Fall, wo der Schiefhals schon vor der Geburt entstand durch abnorme Lage im Uterus bei einer Steißlage. Das Kind wurde durch Kaiserschnitt zur Welt gebracht.

Schulterblatt-Hochstand.

Wolf und Cunha berichten einzelne Fälle ohne Besonderheit. Die Fälle von Greig, Niederle, Schwahn, und Maffei zeigten im Röntgenbild noch Mißbildungen an den Wirbeln und Rippen. Havranek und Chlumsky operierten die Deformität durch Lösung der Muskeln und Fixierung der Schulterblätter an den Rippen.

Allgemeines.

Bársony, Theodor, und Franz Polgar, Calcinosis intervertebralis. (Röntgenlaborat., Charité-Poliklin., Budapest.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 16, S. 759 bis 760.) *
Bársony, Tivadar, und Ferenc Polgár, Calcinosis intervertebralis. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 9, S. 173—174.) (Ungarisch.) 31, 528.
Berry, John M., Painful conditions in the lumbar lumbosacral and sacro-iliac regions. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 6, S. 883—910.) 34, 70.
Buchman, Joseph, Vertebral epiphysitis. A cause of spinal deformity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 814—834.) 33, 800.
Cadenat, E., Les déformations dento-maxillaires consécutives à l'application du corset plâtré à col entonnoir ou minerve occipito-mentonnière. (Clin. chir. infant., fac. de méd., Toulouse.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 29, S. 73—77.) 33, 91.
Calvé, Jacques, Sur une affection particulière de la colonne vertébrale chez l'enfant simulant le mal de Pott. Ostéo-chondrite vertébrale infantile? (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 1, S. 22—27.) 33, 381.
Campatelli, Aldo, Un caso di cisti da echinococco a sede lombare. (Clin. chir. gen., univ., Firenze.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 10, S. 493—500.) *
Casadesús, F., Die Eiterprozesse des Occipito-Atlas-Raumes. (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. 16, Nr. 4, S. 229—232.) (Spanisch.) 33, 878.
Cole, Lewis Gregory, Diminished intervertebral foramina as a cause of brachial neuralgia or brachial neuritis. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 1, S. 1—5.) *
Danforth, Murray S., and Philip D. Wilson, The anatomy of the lumbo-sacral region in relation to sciatic pain. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 109 bis 160.) 31, 366.
Demjanov, G., Zur Differentialdiagnose des Lumbago. (Klinièeskaja medicina Bd. 3, Nr. 10, S. 308—310.) (Russisch.) 37, 257.
Gallois et Japiot, Architecture intérieure des vertèbres (statique et physiologie de la colonne vertébrale). (Laborat. d'anat. du prof. Latarjet, Lyon.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 9, S. 688—708.) 33, 877.
Gold, Wirbelveränderungen bei Erkrankungen des Vertebralkanals. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 668.

Heymann, Productions ostéophytiques de la colonne vertébrale. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 120, S. 142—143.) 33, 309.
Oehlecker, Wirbelsäulenerkrankungen, besonders in differentialdiagnostischer Hinsicht zur Spondylitis tuberculosa. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 668.
Peiser, Alfred, Zur Technik der Steißbeinexstirpation. (Israel. Krankenheim, Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 15 S. 789—790.) 31, 912.
Rhode, Carl, Über Skelettveränderungen bei spastischen Lähmungen. (Chir. Klin., med. Akad., Düsseldorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 44. S. 1874 bis 1875.) 33, 879.
Rosenheck, Charles, Meralgia paraesthetica, its relation to osteoarthritis of the spinal vertebrae. (Div. of neurol., hosp. f. joint dis., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 6, S. 416—418.) 33, 472.
Rugh, J. T., E. A. Rich, H. P. Doub and E. A. Schumann, A symposium on the diagnosis and treatment of backache. (Therapeut. gaz. 49, S. 609.) 34, 420.
Schanz, A,. Statische Insuffizienzerkrankungen der Wirbelsäule bei Trägern von Oberschenkelprothesen. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 36, S. 1507.) 33, 380.
Sicard und Forestier, Lumbago, Lumbarthria und Lumbalgia. (Nowosti franzuskoi med. i biol. Nr. 3.) (Russisch.) 33, 379.

Skoliose, Kyphose.

Ayers, Charles E., The treatment of scoliosis. (Scoliosis clin., Memorial hosp., Worcester.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 22, S. 1055—1058.) 33, 90.
Bittorf, A., und L. Hübner, Der Oesophagus bei Kyphoskoliosen im Röntgenbilde. (Med. Univ.-Poliklin., Breslau.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 1, S. 59—68.) 32, 447.
Blumenthal, Max, Zur Frage der Skoliosebehandlung. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 2, S. 60—61.) 31, 151.
Bogaert, Ludo van, Maladie de Friedreich et scoliose essentielle tardive héréditaire. (Arch. internat. de méd. exp. Bd. 1, H. 1, S. 75—95.) 35, 359.
Bom, G., Zur Verhütung und Behandlung habitueller und rachitischer Rückgratsverkrümmungen. (Choskowskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 3, S. 63—68.) (Russisch.) •
Buchman, Joseph, Vertebral epiphysitis. A cause of spinal deformity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 814—834.) 33, 800.
Cadenat, E., Les déformations dento-maxillaires consécutives à l'application du corset plâtré à col entonnoir ou minerve occipito-mentonnière. (Clin. chir. infant., fac. de méd., Toulouse.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 29, S. 73—77.) 33, 91.
Comisso, Emilio, Sul raddrizzamento forzato della scoliosi. (Osp. marino „Duchessa Elena d'Aosta", Valdoltra.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 33—36.) 33, 309.
Crainz, Silvio, Contributo alla conoscenza della cifo-scoliosi neoplastica. (Istit. di clin. ortop. e traumatol., univ., Roma.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 3—20.) 33, 91.
Decref, Die sogenannte habituelle Skoliose und ihre Behandlung. (Progr. de la clin. Bd. 29, Nr. 1, S. 30—50.) (Spanisch.) •
Deus, Paul, Der krumme Rücken unserer Kinder. Ein Mahnwort an Eltern und Erzieher. (St. Gallen: Fehrsche Buchhandl. 1925. 29 S. u. 1 Taf. RM. 0.90.) 33, 801.
Devimeux, La mécanothérapie de la scoliose. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 4, S. 375 bis 384.) •
Dubois, M., Prinzipielle Fragen aus der Pathologie und Therapie der sagittalen und frontalen Verkrümmungen der Wirbelsäule. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 38, S. 867—873 u. Nr. 39, S. 890—896.) 33, 471.
Duchowskoj, S., Über eine Vereinfachung der Abbotschen Methode der Skoliosebehandlung. (Orthop. Abt., Staatsinst. d. Physiatrie u. Orthop., Moskau.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 590—596.) (Russisch.) 34, 69.
Duchowskoi, S., Erwiderung auf den Aufsatz von S. Bom über Skoliose. (Moskovskij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 66—68.) (Russisch.) •
Falk, Edmund, Zur Ätiologie der Skoliose. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 4, S. 127 bis 129.) 31, 285.
Farkas, Die physiologische Skoliose. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 284—291.) •
Farkas, Aladár, Über Bedingungen und auslösende Momente bei der Skoliosenentstehung. (Versuch einer funktionellen Skoliosenlehre.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, Beilageh., S. 1—224. RM. 20.—.) 34, 235.

Fraenkel, J., Ein Beitrag zum Skoliosenproblem. Liegekuren für Skoliotische. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 49, S. 2107 bis 2112.) **34**, 421.

Freyss, Maurice, Les déviations de la colonne vertébrale dans les écoles primaires entre 3 et 14 ans. (Strasbourg méd. Jg. **83**, Nr. 16, S. 497—501.) **33**, 380.

Göcke, C., Die Bewertung von Skoliosen bei Wirbelsäulenverletzten. (Orthop. Versorgungsstelle, Dresden.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. **4**, S. 408 bis 459.) **31**, 910.

Gruca, Adam, Zur Skoliosebehandlung nach Loeffler. (Chir. Univ.-Klin., Lwów.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 49, S. 2761—2765.) **33**, 877.

Harrenstein, R. J., Über die Bedeutung der frühzeitigen Erkennung und Behandlung der Skoliose bei jungen Kindern. (Emma-kinderziekenh., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 3, S. 339—346.) (Holländisch.) **32**, 659.

Hohmann, G., Behandlung schwerer Skoliosen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **22**, Nr. 3, S. 74—78.) **31**, 151.

Hohmann, G., Behandlung der Haltungsanomalien und leichten Skoliosen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **22**, Nr. 2, S. 33—39.) *

Judet, Henri, A propos de la scoliose par asymétrie de la 5e vertèbre lombaire. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 28, S. 450—451.) **31**, 909.

Karpusi, M., Über die professionellen Deformitäten der Wirbelsäule und die mit ihnen verbundenen Erkrankungen der unteren Extremitäten. (Wsedenije w sozialjnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej S. 44—61. Moskau 1925.) (Russisch.) **34**, 235.

Lehmann-Facius, Hermann, Die Keilwirbelbildung bei der kongenitalen Skoliose. (Städt. Krankenanst., Mannheim.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **31**, S. 489 bis 499.) **31**, 909.

Magnus, R., Weitere Mitteilung über Skoliose nach einseitiger Labyrinthexstirpation. (Pharmakol. Inst., Reichsuniv. Utrecht.) (Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 185 bis 190.) **35**, 94.

Massabuau et Guibal, Scoliose congénitale par hémi-vertèbres avec malformations cervico-dorsales multiples. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 6, S. 543—500.) **34**, 421.

Mau, C., Die dorsale Kyphose der Adoleszenten. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 6, S. 211—213.) **32**, 89.

Perthes, G., Bemerkung zu der Mitteilung von Dr. Herrmann Plagemann in Stettin: „Eine neue Skoliosenoperation". (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 45, S. 2529 bis 2530.) **33**, 878.

Plagemann, Herrmann, Eine neue Skoliosenoperation. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 45, S. 2528—2529.) **33**, 878.

Pusch, Gerhard, Betrachtungen zur Mechanik der Wirbelsäule mit Ausblick auf einen neuen Gesichtspunkt zum Mechanismus der Skoliose. (Univ.-Klin. u. Poliklin. d. Orthop., Leipzig.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. **3**, S. 385 bis 398.) **31**, 667.

Roederer, Carle, et René Ledent, La gymnastique spéciale correctrice dans la scoliose. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 28, S. 450—455.) **33**, 203.

Sachs, Ernest, An unusual case of paraplegia associated with marked gibbus and a localized collection of fat at the site of the gibbus. (Journ. of bone and joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 709—721.) **32**, 584.

Scarlini, Giovanni, Il trattamento della scoliosi. (XV. Congr., soc. ital. di ortop., Milano, 24.—25. X. 1924.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 6, S. 897—900.) *

Schmale, Fr., Haltungsübungen zur Bekämpfung der Rückenschwäche. — Orthopädisches Schulturnen. 4. Aufl. (Bielefeld: Velhagen & Klasing. 32 S. RM. 1.—.) *

Schulz, Gertrud, Klappsches Kriechverfahren. Eine Rumpfgymnastik zur Bekämpfung von Rückgratsverkrümmungen und Brustkorbverbildungen. Leitfaden in Wort und Bild für den Turnunterricht in der orthopädisehen Klinik, im orthopädischen Schulturnen samt Anregungen für die Rumpfgymnastik im Schulturnen. 2., verb. u. erw. Aufl. (Leipzig u. Berlin: B. C. Teubner 1925. V. 61 S. RM. 2.40.) **32**, 875.

Valtancoli, G., L'osteocondrite deformante giovanile vertebrale. (Cifosi dorsale giovanile di Scheuermann.) (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 35, S. 823—827.) **33**, 877.

Wierzejewski, I., Die seitliche Verkrümmung der Wirbelsäule. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. **4**, S. 99—107.) (Polnisch.) *

Wreden, R., Zur Frage über die operative Behandlung der schweren Skoliosen. (Orthop. Inst., Leningrad, Prof. Wreden.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 5—8.) (Russisch.) **34**, 494.

Verletzungen der Wirbelsäule einschließlich der Spondylitis traumatica (Kümmell).

Adams, Z. B., Mechanics of back strains. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85. Nr. 4, S. 247—251.) **33**, 89.

Albee, Fred H., Bone-graft for fracture of the spine. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 456—461.) **32**, 452.

Becchini, Gastone, Sulle spondiliti traumatiche. (Istit. di radiol., univ., Firenze.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 2, S. 86—89.) **31**, 527.

Blaine, Edward S., Manipulative (chiropractic) dislocations of the atlas. (Garfield park hosp. Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1356 bis 1359.) **34**, 234.

Caccuri, Scipione, La reazione di Weil-Kafka nei traumatizzati del cranio e della colonna vertebrale. (Clin. per le malatt. prof., univ., Napoli.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 6, S. 309—316.) **33**, 199.

Charlier et de Robillard, Fracture de l'apophyse transverse d'une vertèbre par contraction musculaire. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13. Nr. 120, S. 140—141.) *

Creyssel, Jean, Fracture des apophyses transverses lombaires. Spondylolisthésis traumatique. Coudure de l'uretère droit englobé dans la cicatrice profonde. Hydronéphrose intermittente consécutive. (Lyon. chir. Bd. 22, Nr. 5, S. 678 bis 685.) **36**, 23.

Cristopher, Frederick, Useful mechanical aids in the treatment of fractures of the spine. (St. Luke's hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 562 bis 565.) **32**, 584.

Desfosses et Colleu, Contribution à l'étude du spondylolisthésis. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 1, S. 15—20.) **31**, 528.

Diez, Salvatore, Le sindromi lombalgiche e lombartriche attribuite a sforza, nell'infortunistica. (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 11, S. 533—557.) **34**, 493.

Göcke, C., Die Bewertung von Skoliosen bei Wirbelsäulenverletzten. (Orthop. Versorgungsstelle, Dresden.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 4, S. 408 bis 459.) **31**, 910.

Goljanizkij, I., und I. Beresov, Die Bedeutung der Wirbelverletzungen für das Zustandekommen von Kreuz- und Ischiadicusschmerzen und deren operative Behandlung. (Moskovskij medicinskij žurnal Nr. 7, S. 53—55.) (Russisch.) **33**, 359.

Harloff, Erich, Luxation des 5. Halswirbels nach vorn sub partu. (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1786 bis bis 1787.) **34**, 419.

Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt, auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. V. Die Diaphysenbrüche des Unterschenkels. Die Schenkelbrüche. Beckenbrüche. Wirbelbrüche. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 31, S. 1298 bis 1301.) **32**, 908.

Loreto, Ottavio di, Alcuni esiti di lesioni traumatiche del capo e della colonna cervicale. (Osp. princip. milit. marittimo, Spezia.) (Ann. di med. nav. e colon. Bd. 1. H. 5/6, S. 283—290.) **33**. 465.

McCarthy, Frank P., Illustrating the management of fractures of the vertebra. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 10, S. 388—389.) **34**, 832.

McKerrow, W. A. H., Dorso-lumbar dislocation of the spine reduced by operation. (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 15—16.) **31**, 74.

Moore, S., Traumatic fractures of the vertebral column. (Journ. of the Missouri state med. assoc. 22, S. 417.) **35**, 359.

Ory, Fractures des apophyses transverses. (Scalpel Jg. 78, Nr. 33, S. 873—884.) **33**, 379.

Rebattu et Mayoux, Syndrome d'obstruction respiratoire réalisé par une fracture méconnue de la colonne cervicale. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 25, S. 755—756.) **32**, 704.

Rogers, Mark H., The end results of compressed fracture of the spine. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 11, S. 494—497.) **33**, 203.

Rosés, R. Juliá, und F. Llauradó Clavé, Frakturluxation der Halswirbelsäule. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 3, Nr. 13, S. 21—27.) (Spanisch.) **31**, 527.

Sante, L. R., and Lex G. McCutchen, Compression fractures of the spine. Their X-ray characteristics and differential diagnosis. (Radiol. dep., city hosp. a. St. Mary's hosp., St. Louis.) (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 490—494.) **34**, 770.

Schütz, Harry, Wirbeldornfortsatzbruch durch Muskelzug. (Chir.-poliklin. Inst.. Univ., Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 34, S. 1402—1403.) **33**, 89.

Sicard und Froestier, Lumbago, Lumbarthria und Lumbalgia. (Nowosti franzuskoi med. i biol. Nr. 3.) (Russisch.) 33, 379.
Spiers, H. W., A study of twenty-one consecutive ambulatory back injuries, with special reference to fractures of the spine. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 4, S. 455—458.) 32, 583.
Steindler, A., Low back pain. An anatomical and clinical study. (Journ. of the Iowa state med. soc. 15, S. 473.) 34, 769.
Turner, Henry, and Nikolas Tschirkin, Spondylolisthesis. (Orthop. dep. milit. acad., Leningrad.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 763—786.) 33, 578.
Vander Veer, Edgar A., Arthur M. Dickinson and Homer L. Nelms, Fracture of the cervical vertebrae with report of a case of fracture of the third cervical vertebra. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 7, S. 265—266.) 33, 89.
Waffelaert, Les traumatismes de la colonne vertébrale. (Hôp. milit., Anvers.) (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 5/6, S. 199—205.) 34, 234.
Westermann, C. W. J., Wirbelbruch. (Werken v. het genootschap ter bevordering v. natuur-, genees- en heelk., Amsterdam, 2. Ser. Bd. 11, H. 2, 21. XI. 1923, S. 213 bis 219.) (Holländisch.) 33, 378.
Wiart, Pierre, Fractures isolées des apophyses transverses des vertèbres lombaires. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 529—542.) 34, 236.
Zaccaria, A. A., Frattura di apofisi spinosa lombare per violenta contrazione di difesa. (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 1, S. 21—22.) 31, 75.
Zaniboni, Aldo, Frattura isolata di un processo transverso vertebrale da probabile contrazione muscolare. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 583—594.) 32, 875.

Wirbelsäulenosteomyelitis, Spondylitis verschiedener Herkunft.

Lasch, C. H., Erfahrungen an 33 Laminektomien. (Chir. Klin., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 109—127.) 32, 876.
Lyon, Ernst, Spondylitis infectiosa. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 481—488.) 32, 585.
Mayer, Leo, An unusual case of infection of the spine. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 957—968.) 33, 802.
Oehlecker, F., Über die chronische Form der Osteomyelitis, insbesondere der Wirbelsäule. (Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 1—52.) 32, 754.
Stöhr, Draga, Über Osteomyelitis der Wirbelsäule im Säuglingsalter. (Gem.-Karolinen-Kinderspit., Wien.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 29, H. 6, S. 730—735.) 32, 174.
Valtancoli, Giovanni, Le artriti non tubercolari della colonna vertebrale. (Istit. ortop. Rizzoli e clin. ortop., univ., Bologna.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 3, S. 423 bis 469.) 35, 539.

Spondylitis typhosa.

Davydov, M. S., Parabacilläre N-Spondylitis. (Vračebnaja gazeta Nr. 24, S. 599.) (Russisch.) 36, 351.
Fujimori, T., Über Spondylitis typhosa mit der Komplikation von Thrombophlebitis der linksseitigen femoralen Vene und ihre Koktoimmunogen-Therapie. (Orthop. Klin., Kais. Univ. Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. Bd. 2, H. 1.) (Japanisch.) 35, 735.
Hatieganu, Juliu, Die typhöse Spondylitis. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 6, S. 181—187.) (Rumänisch.) 32, 876.
Matrossov, S. A., Zur Frage der chirurgischen Komplikationen durch Paratyphus N. (Paratyphus Erzindjan.) (Staatl. Traumatol. Inst., Leningrad, Dir. Prof. Polenov.) (Vračebnaja gazeta Nr. 24, S. 597—599.) (Russisch.) 36, 350.
Nadein, A. P., Über Recurrensspondylitiden. (Chir. Abt., II. Sov.-Krankenh., Charkow.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 561—565.) (Russisch.) 35, 735.

Spondylitis gonorrhoica und syphilitica (tabica).

Cofield, Robert B., Syphilis of the spine. (Radiology Bd. 4, Nr. 2, S. 104—106.) 34, 495.
Cofield, Robert B., and Carl F. Little, Syphilitic spondylitis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 174—177.) 31, 286.

Prokin, A. D., Zur Frage der Osteoarthropathien der Wirbelsäule der Tabetiker. (Pirogov-Sanat., Pjatigorsk, Kaukasus.) (Russkaja klinika Jg. **2**, Bd. **3**, Nr. 12, S. 602—605.) (Russisch.) **34**, 69.

Prokin, A. D., Osteoarthropathie der Wirbelsäule bei Tabikern. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 18, S. 740—741.) *

Spondylitis tuberculosa und ihre Komplikationen.

Albee, Fred H., Unilateral laminectomy for paraplegia complicating tuberculosis of the spine. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 467—469.) **32**, 453.

Allenbach, E., Pièce anatomique en place trois ans après l'opération d'Albee. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 1, S. 39—42.) **32**, 704.

André-Thomas, La moelle épinière et le système sympathique dans un cas de mal de Pott chez le vieillard. (Réflexes sympathiques. Technique de l'examen du système sympathique.) (Ann. d'anat. pathol. Bd. **2**, Nr. 1, S. 1—25.) *

Barnett, J. B., Caries of the neural arch of a vertebra. (Roy. nat. orthop. hosp., London.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 2, S. 286—288.) **32**, 584.

Bérard, L., et J. Creyssel, Résultat anatomique d'une greffe d'Albee pour mal de Pott chez l'adulte. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 5, S. 477—481.) **34**, 422.

Bogušewski, P., Die operative Fixation der tuberkulösen Wirbelsäule unter Lumbal- oder Lokalanästhesie. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 19/20, S. 1521.) (Russisch.) **35**, 359.

Brahic, Les réactions de laboratoire utiles dans le diagnostic précoce du mal de Pott. (Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2048, S. 3424—3432.) **34**, 422.

Cadenat, E., Les déformations dento-maxillaires consécutives à l'application du corset plâtré à col entonnoir ou minerve occipito-mentonnière. (Clin. chir. infant., fac. de méd., Toulouse.) (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 29, S. 73—77.) **33**, 91.

Calvé, Jacques, A localized affection of the spine suggesting osteochondritis of the vertebral body, with the clinical aspect of Pott's disease. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 1, S. 41—46.) **31**, 366.

Calvé, Jacques, Sur une affection particulière de la colonne vertébrale chez l'enfant simulant le mal de Pott. Ostéo-chondrite vertébrale infantile? (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 1, S. 22—27.) **33**, 381.

Cameron, C., Broncho-mediastinal fistula in Pott's disease. (Lancet Bd. **208**, Nr. 26, Nr. 26, S. 1341—1342.) **32**, 659.

Castex, Marino R., und Armando F. Camauër, Symptome von seiten des Conus und der Cauda equina tuberkulöser Herkunft mit Spondilitis des **3**. Lendenwirbels. (Prensa méd. argentina Jg. **11**, Nr. 22, S. 733—749.) (Spanisch.) *

Ciaccia, Salvatore, Sugli esiti dell'operazione di Albee nella spondilite tubercolare. (Div. chir. I, osp. civ., Venezia.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 1, S. 124 bis 134.) **33**, 802.

Cosacescu, A., Knochenplastik bei der Behandlung der Wirbelsäulentuberkulose. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 8, S. 763—769.) (Rumänisch.) **33**, 801.

Dawydov, P. D., Ein Fall von Lähmung der linken Zwerchfellkuppe bei einem dreijährigen Kinde. (Univ.-Kinderklin., Taschkent, Chef Prof. N. J. Ossinovskij.) (Trudy destskoj kliniki Ssredne-Asiatskowo Gossudarstwennowo Universiteta 1924/1925 Bd. **1**, H. 1, S. 58—59.) (Russisch.) **35**, 95.

De Francesco, Donato, Dell'innesto vertebrale. (Osp. marino veneto, Lido di Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 595—602.) **32**, 876.

Delchef, J., A propos du diagnostic du mal de Pott chez l'adulte et de son traitement. (Rev. belge de la tubercul. Jg. **16**, Nr. 10, S. 261—273.) *

Discussion on tuberculous disease of the spine. (Brit. med. journ. Nr. **3386**, S. 937 bis 944.) **34**, 70.

Duguet, Les paralysies du mal de Pott. (Clin. chir., Val-de-Grâce.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 48, S. 781—785.) **33**, 381.

Ginsburg, I. S., Zur Frage von der operativen Behandlung der Pottschen Krankheit. (Chir. Hosp.-Klin., Azerbeidžansche Staatsuniv., Baku, Prof. Finkelstein.) (Žurnal teoretičeskoi i praktičeskoi mediciny Bd. **1**, H. 1/2, S. 133—147.) (Russisch.) **36**, 117.

Giorgacopulo, Demetrio, Risultati lontani de'lloperazione di Albee. (Osp. Regina Elena, Trieste.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 3, S. 305—334.) **33**, 878.

Gregory, Arthur, Psoasschmerz bei Spondylitis. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 39, S. 2165—2166.) **33**, 309.

Jung, Géza, Über die Albeesche Operation und deren Modifikation. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 142—144.) (Ungarisch.) **33**, 579.

Kornew, P. G., Tuberkulose der Wirbelsäule und ihre Behandlung. (Klin. f. chir. Tuberkul., Direktor: Doz. Kornew, Leningrad.) (Woprossy chirurgitscheskawo tuberkulesa, Samml. v. Arb. d. Klin. f. chir. Tuberkul. S. 1—37.) (Russisch.) **32**, 659.

Lasch, C. H., Erfahrungen an 33 Laminektomien. (Chir. Klin., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 109—127.) **32**, 876.

Massabuau, Guibal et Brémond, A propos du diagnostic du mal de Pott: Deux cas d'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. **6**, H. 4, S. 203—207.) **32**, 755.

Mouriquand, Bertoye et Charleux, Pseudo-mal de Pott occipital d'origine rhumatismale. (Soc. anat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 26, S. 800—801.) *

Oehlecker, Wirbelsäulenerkrankungen, besonders in differentialdiagnostischer Hinsicht zur Spondylitis tuberculosa. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 668.

Pitzen, P., Zur Diagnose der tuberkulösen Spondylitis. (Orthop. Klin., Univ. München.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 21, S. 869.) **32**, 453.

Polgár, Franz, Latenter Durchbruch eines Senkungsabscesses in die Bronchien. (Chir.-orthop. Anst., Landeskinderschutzliga u. Charité-Poliklin., Budapest.) (Forts. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 1, S. 31—36.) **31**, 541.

Privat, J., La guérison intégrale du mal de Pott chez l'enfant. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 9, S. 307—309.) *

Sachs, Ernest, An unusual case of paraplegia associated with marked gibbus and a localized collection of fat at the site of the gibbus.) (Journ. of bone and joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 709—721.) **32**, 584.

Schepelmann, Emil, Operative Behandlung der Spondylitis. (Evang. Krankenh., Hamborn a. Rh.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 4, S. 129.) **31**, 285.

Schneider, H., Über das Vorkommen von abdominellen Beschwerden bei Spondylitis tuberculosa. (Krankenh. d. Stadt Wien, Lainz.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 30, S. 1745—1747.) **33**, 381.

Sevier, Charles E., Heliotherapy, with especial reference to spinal tuberculosis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. **11**, S. 791—794.) **34**, 140.

Smirnoff, S. A., Einfluß der operativen Fixation der Wirbelsäule auf das Körperwachstum. (Verhandl. d. 16. russ. Chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 397.) **35**, 435.

Smirnow, E. W., Eine Modifikation der Albeeschen Operation bei Spondylitis. (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 21, S. 506—507.) (Russisch.) **35**, 22.

Stašenko, N. F., Zur Frage über den operativen Eingriff bei tuberkulöser Spondylitis. (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 14, S. 345—346.) (Russisch.) **35**, 360.

Tagliavacche, Nicolás, Die ankylosierenden Methoden in der Behandlung des Malum Pottii. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 114, S. 725—753.) (Spanisch.) **32**, 453.

Thost, Die Erkrankungen der Halswirbelsäule. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **12**, Kongreßber. 2. Tl., S. 293—298.) **33**, 579.

Valtancoli, Giovanni, Le artriti non tubercolari della colonna vertebrale. (Istit. ortop. Rizzoli e clin. ortop., univ., Bologna.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 3, S. 423 bis 469.) **35**, 539.

Wainšenker, G. A., Zur Frage der osteo-plastischen Operationen bei tuberkulöser Spondylitis. (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 396.) **35**, 435.

Willems, Rapport de la commission chargée d'examiner le travail de M. Delchef, intitulé: A propos de l'évolution des auto-greffons osseux libres. Note sur un cas d'ossification interépineuse malgré l'élimination du greffon. (Bull. de l'acad. roy. de méd. de Belgique Bd. **5**, Nr. 8, S. 490—491.) **35**, 22.

Wyckhoff, H. J., The treatment of tuberculosis of the spine on the bent Bradford frame. (Northwest med. 24, S. 227.) **33**, 472.

Yü, S. C., Die Rauchfusssche Schwebe zur Behandlung der Spondylitis. (Krankenh. zu St. Georg, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 48, S. 2706—2707.) **33**, 863.

Wirbelsäulenunbeweglichkeit und Ankylose, Spondylose rhizomélique (Bechterew).

Babuka, W. W., Zur Frage der Spondylitis deformans im jungen Alter. (Chir. Fak. Klin., Prof. Rubaschew, Minsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 10, S. 249.) (Russisch.) *

Banchieri, Emanuele, Sui rapporti tra ischialgie ed alterazioni della colonna lombare (Spondilosi e malformazioni). (Rep. malatt. nerv., osp. civ., Sampierdarena.) (Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 5, S. 250—264.) **32**, 657.
Calvé, Jacques, A localized affection of the spine suggesting osteochondritis of the vertebral body, with the clinical aspect of Pott's disease. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. **1**, S. 41—46.) **31**, 366.
Gutmann, M. J., Spondylitis ankylopoëtica mit der Verlaufsform eines Tumor spinalis. (II. med. Klin., Univ. München.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. **2**, S. 67 bis 68.) **31**, 152.
Knaggs, R. Lawford, Spondylitis deformans. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 524—546.) **31**, 366.
Léri, André, Les rhumatismes vertébraux. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 28, S. 792 bis 800.) **33**, 307.
Lewin, Philip, Vertebral epiphysitis. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 286—288.) **32**, 875.
Parker, Harry L., and Alfred W. Adson, Compression of the spinal cord and its roots by hypertrophic osteo-arthritis. Diagnosis and treatment. (Sect. on neurol., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. **1**, S. 1—14.) **32**, 500.
Prokin, A., Sieben Fälle von Unbeweglichkeit der Wirbelsäule. (Festschr. z. Jubil. v. Prof. Rossolimo 1925.) (Russisch.) **33**, 161.
Ruhe, Heinrich, Ein weiterer Beitrag zur Lehre von der chronisch ankylosierenden Spondylitis. (Orthop. Heilanst. v. Prof. Dr. A. Blencke, Magdeburg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 5, S. 640—666.) **33**, 203.
Schwanke, W., Wirbelsäulenversteifung. (Krankenh., Neukölln-Berlin.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 1, S. 1—25.) **32**, 174.
Siegfried, Karl, Ein Fall von Wirbelsäulenversteifung bei Lungentuberkulose. (Versorg.-Krankenh., Potsdam.) (Zeitschr. f. Tuberkul. Bd. **43**, H. 2, S. 109—112.) **33**, 204.
Valtancoli, G., L'osteocondrite deformante giovanile vertebrale. (Cifosi dorsale giovanile di Scheuermann.) (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 35, S. 823—827.) **33**, 877.
Valtancoli, Giovanni, Le artriti non tubercolari della colonna vertebrale relazione presentata al 16. congresso della società italiana di ortopedia. (Bologna: Stab. poligr. riuniti 1925. 48 S.) *

Geschwülste der Wirbelsäule.

Campatelli, Aldo, Un caso di cisti da echinococco a sede lombare. (Clin. chir. gen., univ., Firenze.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 10, S. 493—500.) *
Cignozzi, O., L'echinococco paravertebrale. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 1, S. 59—78.) **31**, 153.
Crainz, Silvio, Contributo alla conoscenza della cifo-scoliosi neoplastica. (Istit. di clin. ortop. e traumatol., univ., Roma.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 1, S. 3—20.) **33**, 91.
Erdélyi, Josef, Wirbelveränderungen bei extramedullären Geschwülsten. (IV. med. Univ.-Klin., Budapest.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 33, S. 1591—1593.) **34**, 295.
Forestier, Jacques, et F. Coste, Sarcome vertébral primitif. Etude d'un cas. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. **14**, Nr. 2, S. 104—111.) *
Kleinberg, Samuel, Primary sarcoma of the spine. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 433—438.) **31**, 529.
Lasch, C. H., Erfahrungen an 33 Laminektomien. (Chir. Klin., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 109—127.) **32**, 876.
Marque, Alberto M., Zur Differentialdiagnose zwischen Rückenmarks- und paravertebralen Tumoren. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. **13**, S. 617—620.) (Spanisch.) *
Matolay, György, Über prävertebrale Geschwülste. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 14, S. 302—304.) (Ungarisch.) **32**, 174.
Mueller, Berthold, Ein Beitrag zur Morphologie und Genese der einfacher gebauten Steißgeschwülste. (Pathol. Inst., Univ. Königsberg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 3, S. 674—683.) **32**, 563.
Sonntag, Angeborener Mischtumor der Lendenkreuzbeingegend nebst Spina bifida occulta. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **13**, S. 516—517.) **31**, 912.
Stich, B., Beitrag zur Rückenmarkschirurgie. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankenh. Bd. **73**, H. 2/4, S. 519—525.) **31**, 817.
Wyžizki, T., Zur Kasuistik des Wirbelsäulenechinokokkus. (Verhandl. d. **2**. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 116—118. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **34**, 638.

Spina bifida, Sakralisation des V. Lendenwirbels. Mißbildungen.

Ascher, Fritz, Über eine typische Erscheinungsform der Spina bifida occulta. (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 28, H. 5, S. 716—740.) 33, 307.

Backman, G., Sur un cas d'hémivertèbre de la colonne vertébrale humaine. (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 98, Nr. 26, S. 542—544.) 34, 637.

Banchieri, Emanuele, Sui rapporti tra ischialgie ed alterazioni della colonna lom. bare (Spondilosi e malformazioni). (Rep. malatt. nerv., osp. civ., Sampierdarena.- (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 5, S. 250—264.) 32, 657)

Bormann, W. L., Zur Klinik der Spina bifida cystica. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 8/9, S. 941—946.) (Russisch.) *

Camurati, Mario, Le coste lombari. (Clin. ortop., istit. ortop. Rizzoli, univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 457—468.) 32, 704.

Cole, Lewis Gregory, Diminished intervertebral foramina as a cause of brachial neuralgia or brachial neuritis. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 1, S. 1—5.) *

Dent, Sciatique unilatérale avec sacralisation complète bilatérale de la cinquième lombaire. (Scalpel Jg. 78, Nr. 29, S. 786—787.) 33, 206.

Eiber, S., Zur Frage über die plastische Knochendeckung bei der Operation der Spina bifida. (Bachmut. Dongebiet.) (Nowy chirurgičeski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 196—202.) (Russisch.) 33, 38.

Feil, A., et Minot, Une nouvelle observation d'homme sans cou. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 39, S. 1421—1422.) 34, 69.

Feriz, Hans, Ein Fall von Spina bifida thoracolumbalis mit elefantiastischer Fingermißbildung. (Chir. Univ.-Klin., Amsterdam.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 503—511.) 33, 470.

Gallant, Alfred Edward, and Walter C. S. Koebig, Operative treatment of abnormalities of the fifth vertebra. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1162 bis 1166.) 33, 470.

Haelst, van, Asymétrie congénitale des vertèbres dorsales et du gril costal. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 11, S. 977—978.) 35, 20.

Hassin, George B., Spina bifida occulta cervicalis. Report of a case. (Cook county hosp., Chicago.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 813—818.) 35, 93.

Heller, Edward P., Avulsion of the anterior superior iliac spine, with symptomless sacralization of the fifth lumbar vertebra. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 508—509.) 31, 668.

Heusser, Heinrich, Traumatische Verschlimmerung einer Spina bifida. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 32, Nr. 1, S. 8—14.) 31, 817.

Holzapfel, O., Spina bifida sacralis anterior. (Landkrankenh., Detmold.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 33, S. 1368.) 33, 89.

Judet, Henri, A propos de la scoliose pa asymétrie de la 5e vertèbre lombaire. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 28, S. 450—451.) 31, 909.

Kosyrew, A. A., Erfahrungen über operative Behandlung der Spaltbildungen des Schädels und der Wirbelsäule. (Propädeut. chir. Univ.-Klin., Saratow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 1, S. 131—142.) 33, 378.

Kozyrev, A., Zur chirurgischen Behandlung der Spina bifida. (Propädeut. chir. Klin., Univ. Saratov, Dir. Prof. Razumovskij.) (Kliničeskij žurnal Saratovskovo Universiteta Bd. 1, H. 2, S. 41—51.) (Russisch.) 33, 159.

Lampert, F. M., Über die Rückenmarkshernien (Spina bifida). (Chir. propädeut. Klin., I. Moskauer Univ., Prov. Herzen.) (Novy chirurgičeski archiv Bd. 7, H. 1, S. 136—146.) (Russisch.) 33, 38.

Lehmann-Facius, Hermann, Die Keilwirbelbildung bei der kongenitalen Skoliose. (Städt. Krankenanst., Mannheim.) (Frankf. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 31, S. 489 bis 499.) 31, 909.

Lehmann-Facius, Hermann, Über die Dorsalspaltung des Darmes bei Rhachischisis. (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 31, S. 479—488.) *

Léri, André, Lombalisation de la 1e vertèbre sacrée et glissement vertébral (spondylolisthésis); le syndrome de la lombalisation douloureuse. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 102, S. 1681—1684.) 34, 236.

López Albo, Wenceslao, Myelodysplasie und Rhachidysplasie. Okkulte Spina bifida und Rückenmarkwurzelstörungen. (Arch. de neurobiol. Bd. 5, Nr. 4/6, S. 191—262.) (Spanisch.) 35, 540.

Lurie, S., und D. Samburov, Der Einfluß schwerer physischer Arbeit auf die Entstehung der Lumbo-Ischialgie bei Spina bifida occulta. (Nervenabt., Babuchinsches Alt-Katharinen-Krankenh., Moskau.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1963 bis 1966.) 35, 434.

Marcus, Joseph H., Spina bifida, with presentation of a case of rachischisis. (Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 4, S. 248—252.) *
Marshall, Herman W., A case of anomalous spinal development associated with localized twelfth thoracic nerve symptoms. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 199—205.) 81, 74.
Massart, R., et R. Ducroquet, Sur deux cas d'hémisacralisation de la 5e lombaire. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 95, Nr. 1/5, S. 42—44.) *
Masslov, I., Spina bifida occulta und ihre klinische Äußerung. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 118—119. Jekaterinoslaw.) (Russisch.) *
Meyer, H., Die Bedeutung der Spaltbildung im knöchernen Wirbelkanal in der Ätiologie orthopädischer Leiden. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15. bis 17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 107—113.) 81, 911.
Mikula, Method, Les résultats du traitement opératoire du spina bifida. (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 10, S. 134—138.) 83, 378.
Moore, B. H., Sacralization of the fifth lumbar vertebra. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 271—278.) 82, 173.
Mutel, Le diagnostic des vrais et des faux spinas bifidas occultas. (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 4, S. 105—112.) 82, 451.
Neck, M. van, Un cas de sacralisation de la cinquième lombaire. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 6, S. 505—510.) 83, 578.
Noble, Thomas P., and John M. Frawley, The Klippel-Feil syndrome. Numerical reduction of cervical vertebrae. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 728—734.) 84, 768.
Nuzzi, O., La trasversectomia spinale nelle lesioni diapofisarie lombari. (Scuola univ. pareggiata, clin. chir.-ortop. traumatol., Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 8, S. 173—175.) 81, 909.
Rădulescu, Al. D., Betrachtungen über eine kongenitale Anomalie der Wirbelsäule. (Spit. de ortop. si chir. infant. „Regina Maria", Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 3/4, S. 1—12.) (Rumänisch.) 82, 657.
Riosalido, J., Über die schmerzhafte Sakralisation des letzten Lendenwirbels. (Progr. de la clin. Bd. 31, Nr. 2, S. 166—184.) (Spanisch.) 82, 173.
Roederer, C., et F. Lagrot, Existe-t-il un sacrum-type normal? De la fréquence du spina-bifida occulta lombo-sacré et de sa valeur pathogénique. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 37—40.) 81, 910.
Smeesters, Et., Malformations congénitales du rachis. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 11, S. 973—976.) 85, 19.
Sonntag, Angeborener Mischtumor der Lendenkreuzbeingegend nebst Spina bifida occulta. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 13, S. 516—517.) 81, 912.
Speranskij, A. D., Über die Entstehung der Spina bifida occulta im Lendenteil der Wirbelsäule. (Anat. Inst. milit. med. Akad. Prof. Tonkov, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 82—108.) (Russisch.) *
Stockmeyer, Karl M., Zur Bewertung der chirurgischen Behandlung der Spina bifida. (Kinder-Spit., Basel.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Beih. 7, S. 1—46 u. Berlin: S. Karger 1925. RM. 2.20.) 84, 492.
Uslenghi, Jose P., und Eduardo L. Lanari, Über einen Fall von Sakralisation des 5. Lendenwirbels. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 12, S. 389—394.) (Spanisch.) 83, 800.

Rückenmark.

Übersichtsreferat.

Von

L. Wrede, Braunschweig.

Allgemeines.

Eine neue diagnostische Methode bei Erkrankungen des Rückenmarks wird von Rosett beschrieben. Er erzeugt durch Hyperventilation bei der Versuchsperson den tetanischen Zustand und unterscheidet bei Nervenkranken 5 besondere Erscheinungsformen der Hyperventilationstetanie: 1. Bei Querschnittsläsionen bleiben die unterhalb der Läsion liegenden Muskelabschnitte schlaff, während oberhalb und

im Gesicht die Tetanie sich einstellt. 2. Bei Pyramidenbahnerkrankungen verstärken sich die Pyramidenzeichen (Spasmen, spastische Reflexe) oder werden erst durch die Hyperventilation deutlich. 3. In schlaff gelähmten atrophischen Muskeln verstärken sich die fibrillären Zuckungen. 4. Bei akuter Encephalomyelitis und meningealen Gefäßerkrankungen tritt ausgedehntes Muskelzittern auf (nicht zu verwechseln mit dem im Beginn des Hyperventilationsversuches auch bei Gesunden auftretenden leichteren Zittern), besonders zu beobachten an Oberschenkeln, Armen, Backen, orbicularis oris et oculi. 5. Unterhalb von Rückenmarks- oder Caudakompressionen zeigt sich Myoklonus, d. h. rhythmische massive Kontraktionen ganzer Muskeln, besonders der Oberschenkel- und Beckenmuskeln; oberhalb der Kompression zeigt sich nur der gewöhnliche tetanische Zustand. Bei intramedullären Erkrankungen kommen solche myoklonischen Bewegungen nie vor, was differentialdiagnostisch verwertbar ist.

Mit Skelettveränderungen, welche unter dem Einfluß von Rückenmarkserkrankungen entstehen, beschäftigen sich die Arbeiten von Rohde und Geldmacher. Rohde macht darauf aufmerksam, daß bei spastischen Lähmungen überall da, wo die vom Spasmus ergriffenen Muskeln breit am Periost ansetzen und mit Bindegewebe und Gefäßen in die Knochensubstanz einstrahlen, Knochenneubildungsvorgänge zu beobachten sind. Da hier die periostale Gefäßversorgung aus den am Periost ansetzenden Muskeln stammt, wird die hyperämisierende und knochenbildende Reizwirkung der Spasmen verständlich. Geldmacher veröffentlicht einen genau beobachteten und untersuchten Fall von parartikulärer Knochenneubildung infolge einer Querschnittsläsion des Rückenmarks. Ausschließliches Auftreten des multiplen Verknöcherungsprozesses im Bereich der Lähmung und seine symmetrische Lokalisation unterscheiden ihn von der traumatischen Myositis ossificans, das Freibleiben der Gelenkflächen von der Arthritis deformans, den tabischen und syringomyelitischen Gelenkveränderungen. Wie diese seltene, vom Periost ausgehende, aber auch in der Gelenkkapsel, den Gelenkbändern und Muskeln sich bildende Verknöcherung zu erklären ist, dafür nimmt Geldmacher eine Rückdifferenzierung des Bindegewebes zum embryonalen Mesenchymstadium unter dem trophischen Einflusse der Rückenmarksläsion in Anspruch.

Verletzungen.

Schwere Schädigungen des Rückenmarks können nach einem Wirbelsäulentrauma auftreten, ohne daß das Röntgenbild Veränderungen am Knochen nachzuweisen imstande ist. Philimonoff berichtet über einen solchen Fall bei Zwangsbeugung der Wirbelsäule durch Kopfsprung ins Wasser. Er nimmt eine Wirbelluxation mit sofortiger Reposition an.

Daß trotz traumatischer Querschnittslähmung eine Geburt regelrecht vonstatten gehen kann, zeigt Good an einem Beispiel.

Akute Myelitis, Chorea, Tabes.

Von den Veröffentlichungen über Poliomyelitis verdient die Arbeit von Montgomery Beachtung, welche sich mit der Frühdiagnose und Frühbehandlung dieser Krankheit beschäftigt. Montgomery betont die Notwendigkeit, das Leiden vor dem Eintreten meningealer oder paralytischer Erscheinungen zu erkennen. Erbrechen, Fieber, Pharyngitis sind die Anfangssymptome. Kopfschmerz ist selten, Hyperästhesie verschiedenen Grades stets vorhanden, Nackensteifigkeit und Kernigsches Symptom sind sehr häufig. Montgomery hat regelmäßig beim ersten Verdacht auf Poliomyelitis die Lumbalpunktion ausgeführt und sie bei erhöhtem Liquordruck in 12—24stündigen Zwischenräumen wiederholt, bis entschiedene Druckabnahme erreicht war. Von 16 Kranken, bei denen die Lumbalpunktion innerhalb der ersten 3 Krank-

heitstage stattfand, bekam nur 1 eine leichte vorübergehende Gaumenlähmung; bei 6 Kranken, die erst nach 3 Tagen so behandelt wurden, trat jedesmal eine Lähmung auf, blieb jedoch nur 4mal dauernd bestehen. In weiteren 4 noch später punktierten Fällen traten stets dauernde Lähmungen ein, doch waren auch hier anderweitige Besserungen nach der Punktionsbehandlung zu erkennen.

Den Wert der verschiedenen Behandlungsmethoden der Kinderlähmung sucht Thomsen durch eine statistische Übersicht an der Hand von 144 Fällen zu klären.

Böhme empfiehlt den statischen Umbau zur Behandlung der durch Poliomyelitis gelähmten Beine. Durch die Lähmungscontracturen ist der Schwerpunkt des Beckens vor das Hüftgelenk und hinter das Kniegelenk verschoben. Böhme sucht nun an den gelähmten Beinen die Steh- und Gehfähigkeit dadurch wieder zu erreichen, daß er mittels Osteotomien wie bei den Kunstbeinen den Schwerpunkt des Beckens hinter das Hüftgelenk (Osteotomie dicht unterhalb des Trochanter) und vor das Knie- und Fußgelenk (Osteotomie oberhalb und unterhalb des Knies) verlegt.

Neue Wege der Lähmungsbehandlung sind Poussep und Maragliano gegangen. Auf Grund von Tierversuchen Kilvingtons, Vidals und Burdenkos hat Poussep versucht, durch Anastomosierung von Rücksenmarkwurzeln eine nervöse Leitung herzustellen. Bei 5 Fällen von Kinderlähmung glaubt er 4mal eine deutliche Besserung der Motilität, eine leichte Vermehrung der Muskelkraft und eine gewisse Besserung der Atrophie erzielt zu haben.

Maragliano hat nach voraufgegangenen Tierversuchen Nerven der gesunden Extremität auf solche der gelähmten Extremität verlagert und End zu End aufgepfropft. Zur Belebung des N. cruralis hat er den Vastus-internus-Ast der gesunden Seite dicht vor seinem Muskeleintritt durchschnitten, herauspräpariert und subcutan oberhalb der Symphyse nach der kranken Seite hinüber verlagert, wo er ihn mit dem am Lig. inguinale freigelegten gelähmten Cruralis vereinigte. Für den gelähmten Ischiadicus nahm er den Ast für Semimembranosus, Semitendinosus und langen Bicepskopf der gesunden Seite und leitete ihn subcutan in Höhe des Steißbeins zu dem am unteren Gluteus maximus-Rande bloßgelegten Nerv des kranken Beins hinüber. 7 Operationen mit 3 guten Erfolgen, 2 völligen Mißerfolgen, 2 Fälle noch nicht abgeschlossen.

Mit der Försterschen Operation zur Behandlung spastischer Paralysen beschäftigen sich 2 Arbeiten von Jelezki. In der einen bespricht er ihre anatomischen Grundlagen. Er stellt fest, daß die Nervenfasern, aus denen die Wurzeln bestehen, beständig untereinander anastomosieren. Nicht immer wird ein bestimmter Nervenstamm auf beiden Seiten von denselben Wurzeln gebildet, namentlich an den oberen Extremitäten. An den unteren Extremitäten besteht größere Einheitlichkeit hinsichtlich der Art der Bildung der Nerven aus den Geflechten, wie hinsichtlich der Entstehung aus den Rückenmarkswurzeln. Die anatomischen Befunde lassen erkennen, daß es unmöglich ist, vorauszuberechnen, ob die Durchschneidung einer bestimmten Wurzel das erwartete Ergebnis haben wird, besonders wenn es sich um das Armgeflecht handelt. In der zweiten Arbeit unterzieht Jelezki die Förstersche Operation einer klinischen Besprechung auf Grund von 177 Fällen aus dem Schrifttum und 8 eigenen Erfahrungen. Die wichtigsten Schlußfolgerungen sind: Für die untere Extremität sind L_2, L_3, S_2 oder L_2, L_3, L_1, S_5 zu resezieren; an der oberen Extremität, an der die Erfolge überhaupt schlechter sind, muß noch ausgiebiger reseziert werden. Die Förstersche Operation ist angezeigt bei schweren Formen von spastischen Contracturen, bei starker reflektorischer Reizbarkeit und bei atetoiden Bewegungen. Ungeeignet ist sie für Fälle von Spondylitis tuberculosa. Der Sensibilitätsstörung nach der Operation ist wegen ihrer Geringfügigkeit keine Bedeutung beizumessen.

Silverskiölt zeigt in seiner Arbeit, daß man auch in schweren Fällen allgemeiner Chorea ausgezeichnete Erfolge erzielen kann bei Anwendung der Försterschen Lehre,

daß Herabsetzung oder Aufhebung der Motilität eines choreatischen Muskelgebietes auf andere selbst entferntere Muskelgebiete mildernd einwirkt.

Für die Tabesbehandlung gibt Graf eine nähere Beschreibung der Ataxie- und Tonusbandage nach v. Beyer. Diese Bandage ersetzt den fehlenden Tonus der Muskulatur durch die Spannung elastischer Züge, deren Anordnung dem Verlauf der wichtigsten Muskeln entspricht und den Transmissionsmechanismus der einzelnen Gelenke wiederherstellt. Die fehlende Tiefenempfindung der Muskeln wird durch die Übertragung der Spannung dieser elastischen Züge auf höher gelegene Hautabschnitte mit besser erhaltener Empfindung ausgeglichen.

In 2 Fällen von schwerstem Status criticus der Tabes hat Hirtel die Gowerschen Stränge zwischen 5. und 6. Dorsalwurzel doppelseitig durchschnitten. Nach der Operation blieb das Erbrechen fort, die Schmerzen schwanden. Nur in den Beinen zeigten sich fernerhin noch ab und zu ausstrahlende Schmerzen; auch kehrten in dem einen Fall nach 2 Monaten die gesamten Schmerzen wieder, wenn auch in abgeschwächtem Grade. Mit schwerem Decubitus ist nach der Operation zu rechnen, der für den einen der Fälle zum tödlichen Verhängnis wurde.

Cerebrospinalflüssigkeit.

Eine ganze Reihe von Arbeiten sind der Lumbalpunktion gewidmet. Wiederholt wird der Wert dünner Punktionskanülen betont, so von Krabbe, Antoni und anderen. Freilich ist die dünne Nadel (0,5 mm Antoni) für Druckmessungen und Einspritzung viscöser Flüssigkeiten wie Lipjodol sowie für Entleerung eitrigen Liquors ungeeignet. Bei Verwendung einer dickeren Nadel wird geraten, das Fußende des Bettes für 24 Stunden zu erhöhen (Antoni); Perkel rät auch nach französischem Vorbild zur Knieellenbogenlage für eine halbe Stunde.

Daß das Ausfließen von Liquor aus dem Stichloch der Dura die Ursache der Beschwerden nach der Lumbalpunktion sei, sucht Strecker experimentell zu beweisen, indem er nach Einspritzung von Phenolsulfophthalein die das Stichloch verstopfende Kanüle stecken ließ oder entfernte. Im ersteren Falle war der Harn später und schwächer gefärbt, und der Liquor blieb stärker gefärbt, als wenn durch Entfernen der Kanüle das Abflußloch in der Dura freigegeben wurde. Auch Sahlgren bemüht sich um den Nachweis, daß ein Aussickern von Liquor durch die Punktionsöffnung in der Dura tatsächlich stattfindet, an der Hand von 2 klinischen Beobachtungen. In dem einen Falle konnten bulbäre Erscheinungen nach der Lumbalpunktion prompt durch Einspritzung von 10 ccm physiologischer Kochsalzlösung in den Lumbalsack immer wieder beseitigt werden. Im 2. Falle machte Sahlgren die Beobachtung, daß ein Hirnprolaps nach einer Lumbalpunktion in sich zusammensank und sich erst wieder nach 8 Tagen von neuem zu füllen begann.

Die von Depisch und Richter-Quittner aufgestellte Behauptung, daß Calciummangel mit dem Kopfschmerz nach Lumbalpunktion in Zusammenhang stehe, wird von Neustaedter, Hala und Tolstouchow widerlegt.

Mit den Schädigungen durch die Lumbalpunktion beschäftigt sich die Arbeit des Dermatologen Perkel. Wohl der Eigenart seines Krankenmaterials ist es zuzuschreiben, daß er in 37,8% der Fälle Zeichen von Meningismus beobachtete. Von kasuistischen Mitteilungen über Lumbalpunktionsschäden sei ein Todesfall an intrameningealer Blutung nach Punktion erwähnt, den Aschoff veröffentlicht.

Auf der anderen Seite fehlt es auch an Vorteilen nicht, die von der Lumbalpunktion berichtet werden. So will Schultz günstige Beeinflussung des Bronchialasthmas durch den Eingriff beobachtet haben.

Eine Abänderung des Verfahrens gibt van Loon an, wenn fraktionierte Untersuchung des Liquors oder eine gleichmäßige Durchmischung mit therapeutischen Zutaten bezweckt wird. Sie besteht darin, daß der Kopf während der Punktion geneigt

gehalten und eine Staubinde am Halse angelegt wird. Infolge der so erzeugten Drucksteigerung entleeren sich mit Leichtigkeit größere Liquormengen, ohne daß dies wegen der venösen Stauung schlecht vertragen wird. Nach Entnahme der Proben oder Beimischung der Medikamente wird unter schrittweiser Lockerung der Staubinde und allmählicher Aufrichtung des Kopfes der Liquor in den Lumbalsack wieder zurückfließen gelassen.

Geschwülste.

Dandy hat zur Diagnose der neurologisch allein nicht erkennbaren Rückenmarksgeschwülste die lumbale Lufteinblasung in den Subarachnoidalraum verwendet. Sie hat gegenüber der Lipjodolmethode den Nachteil, daß eine ausgebildetere Absperrung der Liquorräume notwendig ist als bei der Einführung des Lipjodols, aber den entschiedenen Vorteil, daß die Luft aus den Subarachnoidalräumen bald wieder verschwindet, während das Lipjodol liegenbleibt. In 7 von 10 Fällen gestattete die Lufteinblasung eine genaue Lokalisation des Tumors. In den übrigen 3 Fällen war weder Lumbalflüssigkeit abzulassen, noch Luft einzufüllen, was auf einen Sitz des Tumors in der Nähe der Einstichstelle bezogen werden konnte. In solchen Fällen müßte man die Luft in der Cisterna magna einführen bei Beckenhochlagerung, und würde so die obere Grenze des Liquorabschlusses feststellen können.

Die Lipjodolprobe hat sich eingebürgert und wird weiter ausgebaut. Ihr Erfinder Sicard gibt genaue Anweisungen für das Verfahren auf Grund von 300 Fällen, die er ohne jeden Unfall ausführen konnte. Daß die Probe nicht immer zur Frühdiagnose führt, zeigt ein Fall von Guillain, in welchem sie erst bei ihrer Wiederholung nach 2 Monaten positiv ausfiel.

Bezüglich der Höhendiagnose empfiehlt Pákozdy, von normalen Hautbezirken aus mit dem Pinsel abwärts über die veränderten hinzustreichen. Man findet dann einen schmalen Bezirk an der Grenze zwischen beiden, in welchem das Berührungsgefühl zwar erhalten, die Empfindung desselben aber in ihrer Art verändert ist. In der Höhe des Segmentes dieser veränderten Gefühlsempfindung liegt der Tumor.

Keschner und Malamud beschäftigen sich mit den Sensibilitätsstörungen bei multipler Sklerose und der Differentialdiagnose zwischen dieser und Tumoren. Ein sicheres Unterscheidungsmerkmal läßt sich nicht angeben. Im Zweifelsfalle empfehlen sie die Laminektomie, nach der auch Sklerosefälle sich manchmal gebessert zeigen.

Die charakteristischen Erscheinungen der extraduralen Tumoren hat Stookey auf Grund von 20 Fällen zusammengestellt. Parker berichtet über 8 Fälle von Kompression des Rückenmarks durch Bildung eines weichen schwammigen, gefäßreichen Knochengewebes von entzündlichem Charakter an der Innenseite des Wirbelkanals. Janusz bespricht die Cysten der weichen Rückenmarkshäute, Walthard das Lymphogranulom. Ein Sammelbericht über 151 Tumorfälle aus der Mayoschen Klinik ist von Adam erschienen.

Therapie.

Von neuen therapeutischen Vorschlägen zur Behandlung spinaler Lähmungen ist Maraglianos Nervenverlagerung von der gesunden Extremität auf die gelähmte schon erwähnt, ebenso Pousseps Versuche, Rückenmarkswurzeln miteinander zu anastomosieren.

Über Beseitigung von Schmerzzuständen mittels Durchschneidung von Rückenmarkssträngen (Chordotomie) berichten kasuistisch Hüttel und ausführlicher Sicard und Robineau.

Allgemeines.

Baló, Josef, Über ein Aneurysma der Rückenmarksarterie, welches Tabes-dorsalis-artige Symptome vortäuschte. (I. pathol.-anat. Univ.-Inst. u. St. Stephanspit., Budapest.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 85, H. 1/2, S. 86—91.) *

Baryschnikow, K. I., Carcinomatöse Dissemination vom radikulären Typus nach Durchschneidung der hinteren Brustwurzeln. (Leningrad.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 10, S. 246—247.) (Russisch.) *

Bing, Robert, Kompendium der topischen Gehirn- und Rückenmarksdiagnostik. Kurzgefaßte Anleitung zur klinischen Lokalisation der Erkrankungen und Verletzungen der Nervenzentren. (Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. VIII, 242 S. RM. 9.90.) *

Costantini et Azoulay, A propos d'une intervention chirurgicale dans un cas de compression des nerfs de la queue de cheval. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 2, S. 152—155.) *

Critchley, Macdonald, and Julian M. Wolfsohn, The operative treatment of gastric crises. A critical survey. (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 5, Nr. 20, S. 318—332.) 88, 664.

Cushing, Harvey, Cameron lectures. I. The third circulation and its channels. (Lancet Bd. 209, Nr. 17, S. 851—857.) 85, 290.

Dobrochotov, M. S., Förster oder Ramisectio nach Royle. Theoretische Begründungen zur Royleschen Ramisectio sympathica. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 333—340.) (Russisch.) 85, 436.

Dubinsky, I. A., Der gegenwärtige Stand der Gehirn- und Rückenmarkschirurgie. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 65, H. 1, S. 103—138.) *

Ducroquet, C., Maladie de Little et paralysie spasmodique. Etude fonctionelle et thérapeutique. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 10, S. 146—150.) *

Faldini, Giulio, Osservazioni cliniche ed istologiche sopra la atonia muscolare congenita. (Malattia di Oppenheim.) (Istit. ortop. Rizzoli ed univ.-clin. ortop., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 165—194.) 84, 296.

Gagel, Oskar, Beitrag zur Anatomie der vegetativen Zentren im Halsmark. (Dissertation: Erlangen 1925. 1 S.) *

Graf, Über die orthopädische Behandlung ataktischer Gangstörungen bei Tabes dorsalis. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 69—73.) 81, 866.

Handbuch der inneren Medizin. Begr. v. L. Mohr u. R. Staehelin. Hrsg. v. G. v. Bergmann u. R. Staehelin. 2. Aufl. Bd. 5, Tl. 1. Erkrankungen des Nervensystems. I.) (Berlin: Julius Springer 1925. XII, 1073 S. Geb. RM. 69.—.) 87, 734.

Harrington, Archibald W., Embolism of the spinal cord. (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 1, S. 28—32.) *

Havlicek, Hans, Die Leitungsunterbrechung der Rückenmarkssegmente als klinisches Experiment. (Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch, Dresden.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 43, S. 1018—1027.) 84, 496.

Hecker, Davenport, Studies on regeneration in the spinal cord. III. Reestablishment of anatomical and physiological continuity after transection in frog tadpoles. (Dep. of anat., univ. of Pittsburgh, school of med., Pittsburgh.) (Journ. of comp. neurol. Bd. 38, Nr. 3, S. 315—347.) *

Hüttl, Th., Chordotomie bei tabischen Krisen. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—14. IX. 1924.) 81, 230.

Jirásek, Arnold, Schwerer Singultus, Ätiologie, Mechanismus und chirurgische Behandlung. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 12, S. 441—447.) (Tschechisch.) 82, 178.

Koch, K. F., Sur les modifications osseuses des membres ayant subi une énervation périphérique. (Clin. chir., univ., Bratislava.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 10, S. 911—922.) 85, 151.

Kofmann, S., Über chirurgische Behandlung spastischer Contracturen. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 113—116. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) 84, 640.

Lehmann, Walter, Gibt es eine Tiefendruckempfindung? (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 2, S. 253—258.) 84, 422.

Leriche, R., et R. Fontaine, Section des rameaux communicants cervicaux inférieurs et du premier dorsal suivie de sympathectomie péri-humérale, dans un cas de maladie de Raynaud; résultats immédiats. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 6, S. 205—207.) 83, 174.

Leriche, R., et R. Fontaine, Section des rameaux communicants cervicaux inférieurs et premier dorsal dans un cas de moignon douloureux d'avant-bras. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 6, S. 203—204.) 83, 175.

Leriche, R., et P. Wertheimer, Sur deux cas de section des rameaux communicants. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 1, S. 57—64.) **31**, 602.

Leriche, R., et P. Wertheimer, Sur la découverte des rameaux communicants de la région dorsale. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 2, S. 200—203.) **32**, 94.

López Albo, Wenceslao, Myelodysplasie und Rhachidysplasie. Okkulte Spina bifida und Rückenmarkwurzelstörungen. (Arch. de neurobiol. Bd. 5, Nr. 4/6, S. 191 bis 262.) (Spanisch.) **35**, 540.

Matsui, Yoshio, Beiträge zur Anatomie und Histologie des N. phrenicus. (III. Abt., anat. Inst., Kais. Univ. Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. Bd. 2, H. 2 u. 3.) (Japanisch.) **35**, 698. **32**, 501.

Papilian, Victor, und Const. Velluda, Die Beziehungen zwischen den Meningen und Rückenmarksnerven. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 1/2, S. 55—57.) (Rumänisch.) **31**, 861.

Parker, Harry L., and Alfred W. Adson, Compression of the spinal cord and its roots by hypertrophic osteo-arthritis. Diagnosis and treatment. (Sect. on neurol., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 1 bis 14.) **32**, 500.

Rasenkow, I., Zur Frage über die vierfache Innervation der Organe. (Moskovkij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 23—31.) (Russisch.) **35**, 261.

Rodriguez Castro, A., Lokalisierter intrarhachidealer Absceß. (Arch. latino-americ. de pediatria Bd. 19, Nr. 12, S. 1360—1363.) (Spanisch.) **35**, 698.

Rosett, Joshua, A new method of diagnosis in certain diseases of the spinal cord. (Columbia univ., coll. of physic. a. surg., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6, S. 423—429.) **32**, 175.

Ruhemann, Ernst, Der akzessorische oder Nebenphrenicus beim Tier und seine praktische Bedeutung. (Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 62, H. 5, S. 511—516.) *

Samarin, N., Über die operativen Eingriffe am Rückenmark und dessen Wurzeln. (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik Prof. Oppels] Bd. 1, S. 259—264.) (Russisch.) **37**, 92.

Sever, James Warren, Obstetric paralysis. Report of eleven hundred cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1862—1865.) **35**, 290.

Sicard et Robineau, Cordotomie latérale antérieure pour algies incurables. (Rev. neurol. Jg. 32, Bd. 1, Nr. 1, S. 21—28.) **32**, 19.

Wertheimer, Pierre, Considérations sur la chirurgie du tonus musculaire. (Clin. chir., fac. de méd., Lyon.) (Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 1, S. 1—10.) **33**, 3.

Wolfer, Spontane Rückenmarksblutung (Hämatomyelie). Kasuistische Mitteilung. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 37, S. 846—848.) *

Kinderlähmung.

Albee, Fred H., Transplantation of the biceps femoris into the patella, and bilateral tenotomy of the tendo Achillis. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 452 bis 456.) **32**, 430.

Alievoli, Intervento chirurgico sul simpatico nella paralisi spastica. (Rif. med. Jg. 41, Nr. 20, S. 464—465.) **32**, 501.

Anglesio, B., Contributo sperimentale alla plastica tendinea. (Sez. chir., osp. mauriziano Umberto I, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 371—393.) **32**, 852.

Berntsen, Aage, Aktivierung des Musculus peroneus. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 38, S. 821—823.) (Dänisch.) **33**, 400.

Böhm, Max, Die Behandlung der spinalen Kinderlähmung mit dem „statischen Umbau". (Städt. Krüppelfürsorgest. VII, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 23, S. 942—943 u. Nr. 24, S. 987—988.) **32**, 406.

Boorstein, Samuel W., End-results in one hundred cases of anterior poliomyelitis operated on at Fordham hospital. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 2, S. 149 bis 155.) **33**, 172.

Camera, Ugo, L'artrorisi posteriore dell'articolazione tibio-astragalica nella cura dell'equinismo spastico e contratturale. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 49—60.) **34**, 391.

Deus, Paul, Die operative Behandlung der Kinderlähmung (Poliomyelitis.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 9, S. 182—188.) **32**, 755.

Deutschländer, Über die indirekte Neurotisation des gelähmten Muskels. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 103—107.) **32**, 177.

Ducroquet, C., Maladie de Little et paralysie spasmodique. Etude fonctionnelle et thérapeutique. (Presse méd. Jg. 88, Nr. 10, S. 146—150.) *
Haglund, Patrik, Die spastische Funktionsstörung und die spastische Deformität, vom orthopädischen Gesichtspunkte aus betrachtet. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 3, S. 68—74.) (Schwedisch.) 31, 442.
Haglund, Patrik, Die spastische Funktionsstörung und die spastische Deformität vom orthopädischen Gesichtspunkt. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 507 bis 514.) 33, 318.
Halperstein, J., Zur Frage des Schrammschen Phenomens. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 194—196.) (Russisch.) •37, 90.
Hughes, W. Kent, Deformities following upon an attack of infantile paralysis. (Childrens hosp., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 7, S. 186 bis 188.) 33, 317.
Jussewitsch, M. S., Über die Arthrodese der unteren Extremitäten nach spinalen Kinderlähmungen. (Phys.-Chir. Inst. u. Traumatol. u. orthop. Klin., staatl. Hochsch. med. Wissenschaften Leningrad, Prof. Poljenoff.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 6, H. 4, S. 478—485.) (Russisch.) 32, 862.
Kimura, Y., Eine neue operative Behandlung bei spastischer Lähmung der Unterextremitäten. (Tokyo med. Wochenschr. 2448.) 33, 925.
Kofmann, S., Über chirurgische Behandlung spastischer Contracturen. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 113—116. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) 34, 640.
Kovacs, Richard, Electrotherapy in paralysis following peripheral nerve lesions and poliomyelitis. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 9, S. 557—561.) 33, 173.
Kreuscher, Philip H., The substitution of the erector spinae for paralyzed gluteal muscles. An operation for stabilizing the hip. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 593—597.) 32, 312.
Lange, Max, Die Bedeutung und Behandlung der Hüftbeugecontractur nach Poliomyelitis. (Orthop. Klin., Univ. München.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 86—115.) 33, 763.
Marconi, Sandro, Vecchi e nuovi indirizzi nella cura delle paralisi spastiche con speciale riguardo alla sezione dei rami comunicanti del simpatico. (Osp. civ., Venezia.). (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 239—278.) 33, 879.
Mayer, Leo, An unusual type of paralytic abduction deformity of the hip — an operation for its cure. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 421—423.) 32, 313.
Menezes, António de, Zur orthopädischen Behandlung der Kinderlähmung. (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 6, S. 314—319.) (Portugiesisch.) 33, 710.
Miller, O. L., Two hundred cases of paralytic foot stabilization after the method of Hoke. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 85—97.) 31, 638.
Mitchell, Joseph I., The residual paralysis and deformity of anterior poliomyelitis. (Orthop. surg., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 619—629.) 33, 173.
Monsaingeon, M., Les ressources chirurgicales dans la paralysie infantile des membres. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 41—45.) 31, 938.
Montgomery, J. C., and W. C. C. Cole, Spinal drainage. Value in the treatment of early poliomyelitis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 890 bis 894.) 33, 331.
Oliveras Devesa, M., Die orthopädische Behandlung der Lähmungen des Peroneus. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 3, Nr. 15, S. 254—258.) (Spanisch.) 32, 125.
Owen, William Barnett, The management of disabling deformities following poliomyelitis. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 11, S. 808—812.) 34, 296.
Polenov, A. L., Die Stoffelsche Operation im Lichte neuster Erfahrungen. (Orthop. Klin., staatl. Hochsch., med. Wiss., Leningrad, Prof. Polenov.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 712—715.) (Russisch.) 35, 439.
Rey, Josef, Orthopädische Behandlung der spinalen Kinderlähmung. (Oskar-Helene-Heim, Berlin-Dahlem.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 75, H. 3, S. 173—185.) 32, 333.
Rohde, Carl, Über Skelettveränderungen bei spastischen Lähmungen. (Chir. Klin., med. Akad., Düsseldorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 44, S. 1874 bis 1875.) 33, 879.
Scheel, P. F., Zur Dosierung der Muskelverpflanzung. (Landeskrüppelanst. Elisabethheim, Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 136—142.) 32, 853.
Schepelmann, Emil, Über Muskelverpflanzungen zur Behebung der Quadricepslähmung. (Evang. Krankenh. [Eduard Morianstift], Hamborn a. Rh.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 414—416.) 32, 639.

Seiffert jr., Karl, Operative Behandlung der Lähmungen. (Krüppelheim zum Heiligen Geist, Beuthen O.-S.) (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 3, S. 336—363.) **33**, 318.

Silfverskiöld, Filmvorführung über die Behandlung der Spontanbewegungen (Chorea und Athetose) bei cerebraler Kinderlähmung. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 245 bis 250.) **31**, 866.

Smith, Alan de Forest, and Herman L. von Lackum, Subastragaloid arthrodesis. A study of end-results. (Clin. of New York orthop. dispensary a. hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 836—841.) **32**, 862.

Stewart, J. Edgar, An experimental study of the transplantation of the nerve supply of muscles. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., St. Louis.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 4, S. 948—956.) **35**, 224.

Troizki, W. M., Bedeutung und Resultate operativer Eingriffe bei Folgezuständen von Kinderlähmung. (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 702—704.) (Russisch.) **35**, 439.

Trosc, A., Osteoplastische Arthrodese des oberen Sprunggelenkes in der Behandlung des Pes valgus paralyticus und des paralytischen Schlenkerfußes. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 7/8, S. 257—262.) (Rumänisch.) **33**, 319.

Vorkastner, W., Die epidemische Kinderlähmung, ihre Bekämpfung und die Beseitigung bzw. Milderung ihrer Folgezustände. (Gerichtsärztl. Inst., Univ. Greifswald.) (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. prakt. Med. Bd. **2**, H. 2, S. 17—71.) **31**, 865.

Wertheimer, Pierre, Considérations sur la chirurgie du tonus musculaire. (Clin. chir., fac. de méd., Lyon.) (Journ. de chir. Bd. **26**, Nr. 1, S. 1—10.) **33**, 3.

Willis, C. Campbell, End-results of operation for correction of drop-foot. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1927—1931.) **34**, 392.

Wreden, R., Über die Behandlung der spastischen Handcontracturen bei Kinderhemiplegien vermittels partieller Nervenresektion. (Orthop. Inst., Prof. Wreden, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 3—5.) (Russisch.) **34**, 550.

Verletzungen.

Boljarskij, N. N., Ein Fall von Brown-Séquardscher Hemiplegie bei Schußverletzung des Halsteiles des Rückenmarkes. (Vinnitza, Gouvern. Podolsk.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 76—82.) (Russisch.) **35**, 436.

Carling, E. Rock, and Hildred Carlill, Traumatic lesion of the cauda equina; laminectomy; recovery. (Lancet Bd. **209**, Nr. 18, S. 917—918.) **33**, 710.

Coleman, Claude C., Determination of local compression as an indication for laminectomy in acute injury of the spinal cord. (Dep. of neurol. surg., med. coll. of Virginia, Richmond.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 15, S. 1106 bis 1110.) **34**, 496.

Firsohn, A. J., Über die Anwendung der Diathermie bei traumatischen Läsionen des Rückenmarks. (Setschenow-Inst. f. physikal. Heilmethoden, Sevastopol.) (Kurortnoe delo Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 7/8, S. 71—73.) (Russisch.) **35**, 356.

Geldmacher, Max, Beitrag zu den parartikulären Verknöcherungen nach Querschnittsläsion des Rückenmarks. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 180—196.) **32**, 660.

Grosskopf, Siegfried, Ein Fall von traumatischer Hämatomyelie des distalen Rückenmarksabschnittes unter besonderer Berücksichtigung seiner Ätiologie und Würdigung als Unfallerkrankung. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Jena.) (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. **58**, H. 4, S. 244—256.) **33**, 39.

Hassin, George B., Histopathologic changes in spinal contusion. Report of a case. (Div. of neurol., coll. of med., univ. of Illinois, pathol. laborat., Illinois state psychopath. inst. a. Cook county hosp., Chicago.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **13**, Nr. 3, S. 369—377.) **32**, 175.

Hunter, John I., and N. D. Royle, The symptomatology of complete transverse lesions of the spinal cord: An experimental study. (Dep. of anat., univ., Sydney.) (Austral. journ. of exp. biol. a. med. science Bd. **1**, Nr. 2, S. 57—72.) **35**, 223.

Laurence, J., La cystostomie sus-pubienne dans les traumatismes graves du rachis. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 2, S. 30—31.) *

L'Heureux, Marcel, et Pierre Ingelrans, Blessures simples des méninges rachidiennes. (Clin. chir. infant., fac. de méd., Lille.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 10, S. 709 bis 756.) **34**, 832.

Naville, Francois, Les irradiations lointaines douloureuses dans les traumatismes de de nuque et de la moelle cervicale. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 7, S. 418—425.) *
Sarno, Domenico, Su di un caso di lesione traumatica del cono midollare. (Clin. d. malatt. nerv. e ment., univ., Napoli.) (Neurologica Jg. 42, Nr. 1, S. 1—5.) *
Spiers, H. W., A study of twenty-one consecutive ambulatory back injuries, with special reference to fractures of the spine. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 4, S. 455—458.) 32, 583.
Ssamarin, N. N., Über die Heilung aseptischer Wunden des Rückenmarks. (Chir. Klin., Prof. Girgolaff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 117—118.) (Russisch.) 35, 147.

Cerebrospinalflüssigkeit.

Alpers, Bernard J., Lumbar puncture headache. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 6, S. 806—812.) 35, 24.
Antoni, N., Nochmals die Lumbalpunktion mit dünner Nadel. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 4, S. 78.) (Dänisch.) 32, 90.
Ayala, G., Über die Pathogenese, Prophylaxe und Behandlung der im Gefolge der Lumbalpunktion auftretenden Beschwerden und Gefahren. (Univ.-Klin. f. Nerven- u. Geisteskrank., Rom.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 1/2, S. 165—196.) 34, 71.
Borries, G. V. Th., Zur Frage des Lumbalpunktates bei Hirnabscessen und bei anderen Hirnkomplikationen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 186—189 u. 202—214.) 33, 873.
Eicke, H., Neuere Arbeiten über unangenehme Nebenwirkungen der Lumbalpunktion und ihre Vermeidung. (Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. Bd. 17, H. 11/12, S. 609—618.) *
Erdész, István, Ursachen und Verhütung des Meningismus nach Lumbalpunktion. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 6, S. 130—132.) (Ungarisch.) 32, 91.
Garber jr., Frank W., Staphylococcus meningitis limited to spinal canal; puncture of cisterna magna. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 11, S. 597 bis 599.) 33, 710.
Hughson, Walter, Embryogenesis of human cerebrospinal fluid. Sources, circulatory pathways and destination, together with relation to blood and lymph vascular systems. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 2, S. 240—250.) *
Karbowski, B., Über den diagnostischen und prognostischen Wert der Lumbalpunktion bei intrakraniellen oto- und rhinogenen Komplikationen. (Acta otolaryngol. Bd. 7, H. 3, S. 356—365.) 34, 67.
Munro, Donald, The therapeutic value of lumbar puncture in the treatment of cranial and intracranial injury. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 26, S. 1187 bis 1189.) 34, 763.
Neustaedter, Marcus, W. W. Hala and Alexander Tolstoouchow, Relation of calcium content of the spinal fluid to postlumbar puncture headache. (Neurol. serv. a. pathol. laborat., King's county hosp., Brooklyn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 5, S. 347—349.) 33, 91.
Osann, E., Zur Technik der Zisternenpunktion (Suboccipitalpunktion). (Städt. Krankenhaus Siloah, Hannover.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1783 bis 1784.) 33, 706.
Perkel, J. D., Contribution à l'étude des accidents secondaires qui suivent la ponction lombaire, les divers moyens de les éviter ainsi que le traitement à suivre. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 79, S. 1320—1322.) 33, 425.
Peter, K., Beiträge zur Liquordiagnose der Rückenmarkskompression. (Univ.-Nervenklin., allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 19, S. 693 bis 698.) 33, 205.
Purves-Stewart, James, Clinical lecture on triple puncture: Lumbar, cisternal and ventricular. (Lancet Bd. 209, Nr. 23, S. 1159—1162.) *
Raue, Fritz, Die Gerinnung blutigen Liquors. (Ein Beitrag zur akzidentellen und essentiellen Liquorblutung.) (Städt. Krankenanst., Dortmund.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 6, S. 265—266.) *
Sahlgren, Ernst, Zur Frage der Leckage nach der Lumbalpunktion. (Nervenklin., Karolinisches Inst., Stockholm.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 85, H. 3/4, S. 170—179.) 32, 659.

Seeliger, S., Zur Technik der Lumbalpunktion. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 35, S. 1467—1468.) 34, 73.
Spurling, R. G., and C. L. Maddock, The cerebrospinal fluid in tumor of the brain. (Surg. serv., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. 14, Nr. 1, S. 54—63.) *
Valerio, Americo, Der Kreislauf der Gehirn-Rückenmarksflüssigkeit. (Brazil-méd. Bd. 1, Nr. 2, S. 15—17.) (Portugiesisch.) *
Yerger, C. F., Cerebrospinal fluid as index of otorhinogenic intracranial complications. (Otorhinolaryngol. dep., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 6, S. 424—428.) 33, 705.

Geschwülste.

Abelheim, A., Notes on a tumour of the spinal cord. Located by x-ray examination according to professor Sicard's method. (Med. journ. of South Africa Bd. 20, Nr. 7, S. 186—187.) *
Adams, A. Wilfrid, A case of intrathecal extramedullary spinal tumour; confirmatory localisation by lipiodol, relief by operation. (Bristol. med.-chir. journ. Bd. 42, Nr. 156, S. 116—120.) *
Åhlén, Nils, Tumeur de la moelle épinière siégeant au niveau des cinquième et sixième segments cervicaux et s'accompagnant d'atrophie des petits muscles des mains, d'inversion du réflexe du radius et de troubles sensitifs particuliers engendrés par la compression. Epreuve du lipiodol. Intervention. (Serv. méd., hôp. comm. Sahlgren, Gothembourg.) (Acta med. scandinav. Bd. 62, H. 5/6, S. 400—423.) *
Baló, Josef, Über ein Aneurysma der Rückenmarksarterie, welches Tabes-dorsalisartige Symptome vortäuschte. (I. pathol.-anat. Univ.-Inst. u. St. Stephanspit., Budapest.) (Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 85, H. 1/2, S. 86—91.) *
Bolten, G. C., Drei Fälle einer Geschwulst in der Dura mater des Rückenmarks. (Geneesk. gids Jg. 3, H. 2, S. 25—32.) (Holländisch.) 32, 94.
Caldwell, John A., and M. M. Zinninger, Extradural liposarcoma of the spinal canal. A clinical and pathological report. (Surg. dep., univ., Cincinnati a. gen. hosp., Cincinnati.) (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 476—480.) 31, 867.
Cestan, Riser et P. Mériel, Contribution au diagnostic des tumeurs multiples de la moelle. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 35, S. 173—180.) 34, 295.
Costantini et Azoulay, A propos d'une intervention chirurgicale dans un cas de compression des nerfs de la queue de cheval. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 2, S. 152—155.) *
Dandy, Walter E., The diagnosis and localisation of spinal cord tumors. (Dep. of surg., Johns Hopkins hosp. a. univ., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 223 bis 254.) 31, 530.
Elsberg, Charles A., Some aspects of the diagnosis and surgical treatment of tumors of the spinal cord. With a study of the end results in a series of 119 operations. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1057—1073.) 32, 705.
Elsberg, Charles A., Tumors of the spinal cord and the symptoms of irritation and compression of the spinal cord and nerve roots. (New York: Paul B. Hoeber 1925. 459 S. $ 10.—.) *
Erdélyi, Josef, Wirbelveränderungen bei extramedullären Geschwülsten. (IV. med. Univ.-Klin., Budapest.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1591—1593.) 34, 295.
Faldino, Giulio, Un caso di tumore intra-rachideo extra-durale destruente la quinta radice lombare. (Clin. ortop., istit. ortop. Rizzoli, univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 391—413.) 33, 234.
Favill, John, D. E. Faxon and D. A. Palmer, A case of cervico medullary tumor. (Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 62, Nr. 3, S. 279—283.) *
Frazier, C. H., et Ethel C. Russel, Télangectasie de la moëlle. (Clin. neuro-chir., hôp., univ., Philadelphia.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 2, S. 140 bis 145.) 34, 73.
Greaves, F. L. A., and F. Graham Lescher, Fibrochondroma of the cauda equina. (Brit. med. journ. Nr. 3362, S. 592—594.) 32, 175.
Grosz, Karl, Klinische und Liquordiagnostik der Rückenmarkstumoren. (Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Hrsg. v. Josef Kyrle u. Theodor Hryntschak.) (Wien: Julius Springer 1925. 127 S. S. 11.73/RM. 6.90.) 34, 353.
Guillain, Georges, Alajouanine et Périsson, Lymphosarcome extra-dural métastatique ayant déterminé une compression médullaire d'apparence primitive, d'évolution rapidement progressive. Laminectomie. Exstirpation et radiothérapie.

Guérison. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 25, S. 1057 bis 1061.) **33**, **473**.

Guillain, Georges, Th. Alajouanine, Périsson et Petit-Dutaillis, Considérations sur la symptomatologie et le diagnostic d'une tumeur intrarachidienne de la région dorsale inférieure. Opération et guérison complète. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 1, Nr. 1, S. 11—20.) **31**, 818.

Gutmann, M. J., Spondylitis ankylopoetica mit der Verlaufsform eines Tumor spinalis. (II. med. Klin., Univ. München.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 2, S. 67 bis 68.) **31**, 152.

Hartwell, John A., and Lewis D. Stevenson, Neuro-epithelioma of the spinal cord. A clinical and pathological study. (Neuro-surg. clin., Cornell univ. med. coll., New York.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 2, S. 413—432.) *

Jaworski, und W. Drozdz, Ein Fall von Rückenmarksgeschwulst. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 50, S. 1063—1064.) (Polnisch.) *

Lozano, Ricardo, und Isaac Costero, Ein Tumor des verlängerten Rückenmarks. (Chir. Univ.-Klin., Saragossa.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **198**, H. 3/4, S. 270 bis 276.) **36**, 685.

Malamud, W., Über einen Fall von multiplem Hämangiom des Zentralnervensystems mit bemerkenswertem klinischen Verlauf. (Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. **97**, H. 5, S. 651—671.) *

Malerba, A., Tubercolosi pseudoneoplastica della dura meninge spinale. (Osp. civ., Castelsangiovanni.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 2, S. 191—199.) **33**, 426.

Marque, Alberto M., Zur Differentialdiagnose zwischen Rückenmarks- und paravertebralen Tumoren. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 13, S. 617—620.) (Spanisch.) *

Mattirolo, Gustavo, La diagnosi precoce del cancro del sistema nervoso centrale. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35, S. 80—86.) *

Medea, E., Nuovo contributo allo studio dei tumori intrarachidici extramidollari con speciale riguardo alla loro operabilità. (Comp. neurol. „Serafino Biffi", osp. magg., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. **14**, H. 1, S. 51 bis 59.) **32**, 500.

Mixter, William Jason, Compression of the spinal cord by tumor. (Massachusetts gen. hosp., Boston.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 6, S. 865—870.) **34**, 144.

Paulian, D., I. Demetrescu und I. Bistriceanu, Tetraplegie durch Kompression des Rückenmarkes in Höhe der vierten Cervicalwurzel, Fibrom der Dura mater. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 7/8, S. 253—255.) (Rumänisch.) *

Peter, K., Beiträge zur Liquordiagnose der Rückenmarkskompression. (Univ.-Nervenklin., allg. Krankenh., Hamburg-Eppendorf.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 19, S. 693 bis 698.) **33**, 205.

Petrén, K., and E. Laurin, Diagnosis of spinal tumors with especial consideration of Roentgen-ray treatment of tumors and of syringomyelia. (Arch. of neurol. a. psychiatry Bd. **14**, Nr. 1, S. 1—6.) **33**, 651.

Potel, G., Laminectomie pour syndrome de compression médullaire. Atrophie segmentaire de la moelle. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 2, S. 146—151.) **32**, 95.

Poussep, L., Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs de la moelle. (Clin. neurol. univ., Dorpat.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 2, S. 89—124.) **32**, 94.

Renaud, Maurice, Cancers secondaires et compressions médullo-radiculaires. (Rev. neurol. Jg. **32**, Bd. 1, Nr. 4, S. 416—430.) **34**, 144.

Rose, F., Beitrag zur chirurgischen Klinik der Rückenmarkstumoren. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 178—180.) (Russisch.) **37**, 413.

Sargent, Percy, Haemangioma of the pia mater causing compression paraplegia. (Brain Bd. **48**, Nr. 2, S. 259—267.) **33**, 473.

Sicard, J.-A., et L. Laplane, Diagnostic des tumeurs rachidiennes. Forme pseudopottique, radio-lipiodol. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 3, S. 33—37.) **31**, 227.

Stich, B., Beitrag zur Rückenmarkschirurgie. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **73**, H. 2/4, S. 519—525.) **31**, 817.

Stokelbusch, Otto, Über die Geschwülste des verlängerten Marks. (Univ.-Klin. f. psych. u. Nervenkrankh., Göttingen.) (Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. **73**, H. 2/4, S. 318—340.) *

Stookey, Byron, H. R. Merwarth and A. M. Frantz, A manometric study of the cerebrospinal fluid in suspected spinal cord tumors. (Dep. of neurol. surg., neurol. inst., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 429—442.) **34**, 833.

Walthard, Karl Max, Rückenmarkserweichung bei Lymphogranulom im extraduralen spinalen Raum; Lymphogranulom des Uterus als Nebenbefund. (Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 97, H. 1/2, S. 1—19.) **88**, 205.
Watanabe, Tomio, Über die Cystenbildung in den Spinalganglien. (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. 15, S. 66—67.) **87**, 496.

Sympathisches Nervensystem.

Die Chirurgie des Sympathicus.

Übersichtsreferat.

Von

Otto Stahl, Berlin.

Wenn ich in dem Jahresbericht für das Jahr 1923 davon gesprochen habe, daß der damalige Berichtsabschnitt eine Wiederbelebung der Sympathicus-Chirurgie bedeute, so muß man von dem Zeitabschnitt, dem die folgende kurze Zusammenfassung gilt, die Jahre 1924 und 1925, sagen, daß sie eine wahre Hochflut von Veröffentlichungen auf diesem Gebiet gebracht hat. Nicht nur die praktische Therapie, sondern auch die Forschung hat durch die Wiederbelebung der Chirurgie des vegetativen Nervensystems einen kräftigen Anstoß erhalten.

Im Tierversuch fand Brandsburg nach Exstirpation des Halssympathicus in den ersten Tagen nach der Operation am Herzen Gefäßerweiterungen, Hyperämie und Ödem, vereinzelt auch intramuskuläre rundzellige Infiltrate und beginnende Muskeldegeneration. 4 Monate nach der Operation sind diese letzteren Veränderungen noch stärker ausgesprochen. Die Arbeit bedarf m. E. der Nachprüfung. Sollten die Ergebnisse richtig sein, so würden sie ein starkes Argument gegen die von Jonnescu für die Angina pectoris angegebene Operationsmethode sein.

Palma sah experimentell gesetzte *Knochenbrüche* (Radius) nach Wegnahme des Ganglion cervicale inferius einer Seite auf dieser operierten Seite sehr viel schneller heilen als auf der anderen. Ähnliche Beobachtungen machte Mairano. Nach Locatelli beschleunigt die Ausschaltung des Sympathicus die Vernarbung und die Regeneration der Haut und des Knochens. Ähnliche Feststellungen machten Papilian und Funaru. Bei der Transplantation von Krebsgewebe auf Kaninchen entstand nach vollständiger oder teilweiser Wegnahme des Halssympathicus ein sehr viel schwereres Krankheitsbild. (Pearce und van Allen). Kobayashi sah nach Durchschneidung des Lendenteils des Grenzstranges eine Verstärkung der Blutzirkulation des betreffenden Beines.

Besonders zahlreich sind in dem Berichtsabschnitt die Arbeiten über die Behandlung der *Angina pectoris*. Völlig einig sind sich alle Autoren über die Indikationsstellung: Eine operative Behandlung kommt nur in Frage, wenn eine sachgemäß durchgeführte internistische Behandlung ohne Erfolg geblieben ist. Über die Operationsmethoden besteht jedoch keine Einigkeit. Jonnesco tritt mit Lebhaftigkeit für die ausgiebige Resektion des Halsgrenzstranges, und zwar die doppelseitige, ein. Danielopolu verwirft diese Operation vollständig, weil sie fundamentale Eigenschaften des Herzmuskels durch Unterbrechung fast aller extrakardialen motorischen Nerven schädige. Er empfiehlt paravertebrale Resektion des 2. und 3. Intercostalnerven, Durchschneidung des Grenzstranges kranial vom Ggl. cervicale medium und Resektion der Wurzeln des sympathischen N. vertebralis. Leriche (Fontaine) will den Grenzstrang und seine Ganglien ganz unberührt lassen. Er beschränkt sich zur Unterbrechung der Reflex-

bahnen auf die Durchschneidung der Rami communicantes zwischen den sympathischen Ganglien und der 5. Cervical- bis 1. Thoracalwurzel. Brown und Coffey halten für das Wichtigste die Entfernung des obersten cervicalen Herzastes aus dem Sympathicus, der vom Ggl. supremum abgeht. Holmes und Ransom resezierten das Ggl. cerv. suprem. Schließlich läßt eine Gruppe von Autoren den Sympathicus überhaupt unberührt und durchschneidet nach Eppinger und Hofer den Depressor. Fedoroff und Saposchkoff resezieren den Depressor und entfernen außerdem noch die untere Hälfte des Ggl. cerv. suprem.

Um die Berechtigung der ausgedehnten Halssympathicusresektion theoretisch zu begründen und um besonders Danielopolus Einwürfe zu entkräften, hat Thoma Jonnesco und Dimitrie Jonescu eine große Reihe wertvoller Tierversuche gemacht. Sie haben den Verlauf der afferenten Bahnen des Herzens und der Aorta bestimmt. Ein unterer lateraler Weg läuft über die Nn. cardiaci inff., das Ggl. cerv. inf., die Ansa Vieussenii und die Rami communicantes zu C_5 bis D_1 ins Rückenmark. Der obere Weg geht über die Rami cardiaci des Sympathicus und Vagus, die Anastomose zwischen Ggl. cerv. inf. und N. vagus sind Bahnen, die ohne Umwege direkt über den Vagus bis zum Ggl. nodosum verlaufen. Diese letzteren verlaufen von dort zum Ggl. cerv. suprem., wie Fick histologisch nachwies, und ziehen von dort über die Rami communicantes zu C_2—C_4 ins Rückenmark. Ein kleiner Teil der Bahnen geht vom Ggl. cerv. suprem. kranialwärts über den Plexus cavernosus zum Ggl. Gasseri. Durchschneidungsversuche am Tier ergaben keine Änderungen in der Leistungsfähigkeit des Herzens; die Anpassungsfähigkeit des Herzens an vermehrte Belastung ist also eine Leistung, die im Herzmuskel selbst begründet ist. Die Nn. accelerantes sind nicht lebenswichtig; sie sind keine eigentlichen motorischen Nerven, sondern üben lediglich eine Art Kontrolle über die Anpassungsfähigkeit aus. Weder im Tierversuch noch beim Menschen wird durch die Wegnahme des Hals-Brust-Grenzstranges die Form des Elektrokardiogrammes geändert. Auch die übrigen klinischen Beobachtungen sprechen nicht dafür, daß die Operation eine Schädigung des Herzens bedeutet. Auch Kanavel hat nie einen Kranken gesehen, bei dem die ausgedehnte Sympathicusresektion eine Störung an Herz oder Lunge herbeigeführt hätte.

Wenn man sich aus den vielen Veröffentlichungen ein Bild zu machen versucht, was die verschiedenen Operationen überhaupt leisten, so kann man sagen, daß die 3 Gruppen, über die bisher einigermaßen größere Zahlen insgesamt vorliegen, die totale Resektion des Hals-Brust-Grenzstranges, die partielle Resektion des Sympathicus und die Depressordurchschneidung hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit gleich sind. Bei allen 3 Gruppen beträgt die Sterblichkeit rund 20%. Fast immer ist dabei der Tod bedingt durch den schlechten Zustand des Herzens. Ob die verschiedenen Operationen Dauererfolge aufzuweisen haben, und ob etwa hier bei den verschiedenen Methoden Unterschiede vorliegen, läßt sich bei der meist bisher nur kurzen Beobachtungsdauer noch nicht entscheiden. Mit Sicherheit steht fest, daß auch der größte dieser Eingriffe von einem sehr hohen Prozentsatz der Operierten ohne schädliche Folgen für das Herz überstanden wird, und es steht weiterhin fest, daß besonders durch die Jonnescosche Operation ein hoher Prozentsatz der Operierten auf Monate von stenocardischen Anfällen frei bleibt. Für alle die verschiedenen Methoden gemeinsam gilt der Hinweis, daß im allgemeinen zunächst auf der linken Körperseite operiert wird, und nur, wenn besondere Anzeichen auf die rechte Seite hinweisen, auf der letzteren vorgegangen wird (z. B. Irradiationsschmerzen im rechten Arm, nicht wie sonst üblich im linken).

Über die Depressoroperation sei hier noch erwähnt, daß infolge der ungeheuren Variabilität dieses Nerven es recht schwierig, ja unmöglich sein kann, ihn aufzufinden. Fedoroff und Saposchkoff haben versucht, diese Variationen in ein System zu bringen, jedoch behauptet Pieri, daß er bei 20 Leichenuntersuchungen einen Depressor nur in $^1/_3$ der Fälle gefunden habe.

Der von Kümmell vorgeschlagene Weg, das *Asthma bronchiale* vom vegetativen Nervensystem her operativ anzugreifen, hat manche zum Teil begeisterte Anhänger gefunden, z. B. Göbell, Witzel u. a. m. Andere Autoren dagegen berichten über sehr mäßige Erfolge oder gar völl igeMißerfolge. Gegenüber der Sympathicusoperation von Kümmell hat Kappis die Operation am Vagus vorgeschlagen, und zwar wird der Nervus unterhalb des Abganges des N. recurrens durchschnitten. Auch bei dieser Operation sind die Erfolge recht wechselnde. So ergibt sich sowohl für die Sympathicusoperation, als auch für die am Vagus, daß schätzungsweise etwa die Hälfte der Fälle unbeeinflußt bleiben oder nach einer ganz kurzen Zeit der Besserung wieder in ihren alten Zustand geraten. Man muß Kuttner recht geben, wenn er in seinen kritischen Betrachtungen zur operativen Behandlung des Asthma bronchiale zur größten Zurückhaltung auffordert.

Auch bei der Basedowschen Krankheit sind vereinzelt Versuche gemacht worden, der 1896 von Jaboulay vorgeschlagenen Sympathicusresektion Geltung zu verschaffen. Partsch berichtet über 6 Fälle aus der Rostocker Klinik; 5 Fälle wurden sichtlich gebessert, 1 nur wenig beeinflußt. Den besten Erfolg wies ein Fall auf, bei dem neben der doppelseitigen Sympathicusoperation (Resektion des Ggl. cerv. suprem.) eine Hemistrumektomie gemacht worden war. Eine Kranke bekam nach guter Besserung $1^1/_2$ Jahre nach der Operation ein Rezidiv. Der Exophthalmus verschwindet nach der Operation mit Sicherheit. Die Tachykardie bleibt unbeeinflußt. Im Tierexperiment fand Jakovljevič, daß nach einseitiger Halssympathicusresektion die Schilddrüsenhälfte der operierten Seite auffallend klein und hart war, eine Bestätigung des Experiments von Reinhard (vgl. Jahresber. 1923). Dagegen fanden Schilf und Heinrich weder makroskopisch noch mikroskopisch irgendwelche Veränderungen. Zu dem gleichen negativen Ergebnis kamen die Untersuchungen von Kiyono und von Crawford und Hartley.

Bei *Epilepsie* erzielte Hernandez Ramirez durch einseitige Resektion des Ggl. cerv. suprem. bei einem idiotischen Patienten mit alter Gehirnverletzung einen Erfolg; die sehr heftigen Anfälle schwanden. Die Beobachtungsdauer betrug jedoch nur 14 Tage nach der Operation. Babitzki empfiehlt, die Sympathicusresektion mit einer Dekompressionstrepanation zu verbinden. Nach Kudo verlaufen im Halsgrenzstrang keine vasomotorischen Fasern für die Hirngefäße; es besteht also kein Zusammenhang zwischen dem Halssympathicus und Störungen der Zirkulation in den Hirngefäßen. Bojovič machte in 8 Fällen von genuiner Epilepsie an Stelle der Operation am Grenzstrang eine periarterielle Sympathektomie an der Carotis communis in einer Länge von 6 cm. Bei 3 Kranken blieben die Anfälle fort, bei 3 anderen wurde nach Ansicht des Verf. eine wesentliche Besserung erzielt. Gute Erfolge sah auch Nasta in 6 Fällen und Serafini (2 Fälle 5 und 7 Jahre beobachtet). Jianu sah in 2 Fällen nicht den geringsten Erfolg.

Bei *Encephalitis lethargica* kombinierten Okinsevic und Amossov die periarterielle Sympathektomie an der Carotis communis mit der Resektion des Ggl. cerv. suprem. beiderseits. Bei allen 9 Fällen wurde das allgemeine Bewegungsvermögen lebhafter, die kataleptischen Symptome gingen zurück, ebenso die vasomotorischen und sekretorischen Störungen. Mimik und Psyche wurden lebhafter. Der Tremor und die übrigen spinalen und pyramidalen Symptome blieben unbeeinflußt. Brüning und Kümmell jr. sahen in je einem Fall Besserung; 2 Fälle von Brüning blieben unbeeinflußt. Leriche (Wertheimer) sah in 1 Fall nach Resektion des Ggl. cerv. suprem. rechts auf der operierten Seite das Zittern verschwinden. Die Besserung bestand noch nach 3 Monaten, so daß Wertheimer glaubt, die Operation empfehlen zu können.

Bei *Otosklerose* mit schweren subjektiven Ohrgeräuschen sahen sowohl Brüning und Forster als auch Rubaschew in je 1 Fall nach der Resektion des Halsgrenzstranges eine wesentliche subjektive Besserung; sie hielt aber in beiden Fällen nur wenige Wochen an.

Die sogenannte *periarterielle Sympathektomie* (P.S.E.) hat einen kräftigen Anstoß gegeben zur Erforschung der Gefäßnerven, ihrer Anatomie und Physiologie. Die Annahme langer efferenter Bahnen, die vom Grenzstrang her an den Gefäßen entlang bis zur Peripherie der Extremitäten verlaufen, hat sich nicht als berechtigt erwiesen. Physiologische Versuche ergaben keine Anhaltspunkte für ihre Existanz (Langley, Schilf, Wiedhopf). Auch für das Vorhandensein von afferenten Bahnen, die von der peripherie an den Gefäßen entlang bis zum Zentrum verlaufen, haben sich Beweise nicht erbringen lassen (Dennig, Flick und Dumpert, Wiedhopf). Jedoch ließ sich feststellen, daß die Segmente für die sensible Versorgung der Gefäße sehr viel weiter Peripheriewärts reichen als in der Haut (Schilf und Stahl). Anatomische Untersuchungen konnten gleichfalls keine langen durchlaufenden Bahnen feststellen (Drüner, Hahn und Hunczek, L. Hirsch, Schmidt). Durch diese anatomischen und physiologischen Untersuchungen ist der Theorie von Leriche über den Wirkungsmechanismus der Operation die wissenschaftliche Grundlage entzogen. Die Annahme, daß es sich bei der P.S.E. um eine Reflexwirkung handle, die von Läwen, Lehmann, Rieder u. a. diskutiert wird, hat zwar vieles für sich, aber erklärt auch nicht alle Erscheinungen. Eine sichere, alles umfassende theoretische Begründung der Operation, die bei sorgfältiger Indikationsstellung in einem großen Teil der Fälle eine unzweifelhafte günstige Einwirkung hat, gibt es also zur Zeit nicht. Daß ein sehr wesentlicher Teil der Operationswirkung auf Rechnung der konsekutiven Hyperämie zu setzen ist, darüber sind sich alle Autoren einig. Diese Hyperämie ist objektiv in zahlreichen Experimenten von verschiedenen Seiten nachgewiesen. Wenn Melzner bei Versuchen an der Niere sie vermißt, so muß hier ein Fehler in der Durchführung der Versuche liegen. Sebestyén sah beim Menschen nach periarterieller Sympathektomie im Venenblut eine deutliche Verschiebung der Wasserstoffionenkonzentration gegenüber der nicht operierten Seite (Indikatorenmethode nach L. Michaelis; Indikator m-Nitrophenol).

Die operative Technik der P.S.E. ist in ihren Grundzügen schon von Leriche festgelegt worden. Alle vorgeschlagenen Änderungen bedeuten nur Kleinigkeiten; ob man vor dem Abpräparieren der Adventitia zwischen sie und die Media physiologische Kochsalzlösung einspritzt, damit sie sich leichter abziehen läßt (Camera), ob man grundsätzlich einen Türflügelschnitt macht (Scalone), oder ob man die Operation besser mit Messer als mit der Schere macht (Hertz), ist völlig gleichgültig. Um nach der P.S.E. die Gefäßwand zu stärken, wird empfohlen, sie in Fascie (Gurewitsch) oder Muskel (Friedmann) einzuhüllen. Eine grundsätzliche Änderung bedeutet der Vorschlag von Doppler, der die Nerven der Adventitia durch Bepinseln mit 5—8proz. Phenollösung ausschalten will. Dieses Verfahren ist m. E. zu verwerfen. Es ist in seiner Tiefenwirkung unabschätzbar und kann leicht einmal zu schweren Schädigungen der Intima und damit der Thrombose führen. Vanysek will die P.S.E. durch intravenöse oder subcutane Injektion von Radiumemanation ersetzen. Er hat nach seiner Angabe in 4 Fällen Erfolge erzielt. Elgart empfiehlt anstatt dessen die Röntgenbestrahlung der betreffenden Gefäße; Dosis nicht angegeben, eigene Erfahrungen fehlen.

Die P.S.E. gilt im allgemeinen als ungefährliche Operation, und man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, als wenn diese Ungefährlichkeit in einzelnen Fällen dazu geführt hat, nicht so sorgfältig mit der Indikationsstellung für diesen Eingriff zu sein, wie es nötig ist. Aus diesem Grund habe ich alle *Ungücksfälle* aus diesem Berichtsabschnitt gesammelt. Bianchetti riß während der Operation die Wand der Femoralis ein. Sofortige doppelte Unterbindung der Arterie blieb ohne nachteilige Folgen. Ähnlich erging es Holtz. Gütig und Jeno sahen je eine Gangrän der Gefäßwand 7 und 14 Tage nach der Operation (beides Fälle mit schwerer Arteriosklerose) mit schwerster Blutung. Hilse erlebte am 12. Tage p. op. eine Blutung aus der Femoralis durch Arrosion in der infizierten Operationswunde. Jenkel verlor aus dem gleichen Grunde einen Kranken 4 Wochen nach der Operation. Strandyn und Chiasserini sahen je eine

Thrombose der Arterie an der Operationsstelle. Das ist eine ganze Reihe von Zwischenfällen, die, wie aus den Veröffentlichungen zu ersehen ist, meist zum Tode des Patienten geführt haben! An sich ist die richtig ausgeführte Operation ungefährlich. Bei den schweren Arteriosklerosen sei man aber zurückhaltend mit der Indikationsstellung.

Über die klinische Anwendung der P.S.E. hat das Schrifttum eine Unzahl von Arbeiten gebracht. Zu diesen Arbeiten scheint mir eine grundsätzliche Bemerkung am Platze. Kasuistische Mitteilungen über Fälle, die nur kurze Zeit beobachtet worden sind, in einer ganzen Anzahl von Fällen nur bis zum Abschluß der Wundheilung, nutzen uns nichts. Bei der mangelhaften theoretischen Grundlage kann die Berechtigung für den Eingriff nur hergeleitet werden aus der Feststellung von Dauererfolgen oder zum mindesten von lange anhaltender Besserung. Und hier ist die Mitteilung von Mißerfolgen ebenso wichtig wie die von Erfolgen.

Neue Indikationsgebiete sind zu den alten nicht mehr hinzugekommen. Auch in der Beurteilung der Frühwirkung der Operation bei den verschiedenen Anzeichen ist naturgemäß keine Änderung eingetreten. Bemerkenswert erscheint mir, daß Leriche für einen Fall von Raynaud eine Heilung von 4jähriger Dauer berichten kann. Ruef und Adson und Brown sind in einzelnen Fällen von sehr schwerem Raynaud dem Vorschlag von Brüning gefolgt und haben sich nicht mit der P.S.E. begnügt, sondern haben nach dem Vorgang von Brüning mehr zentralwärts operiert, d.h. das Ggl. stellatum bzw. Teile des lumbalen Grenzstranges reseziert und damit alle sympathischen Vasoconstrictoren entfernt. Diez empfieht diese Operation grundsätzlich für alle Fälle vasomotorisch-trophischer Neurosen.

Auch bei den anderen vasomotorisch-trophischen Neurosen, den trophischen Ulcera, wird — wie in dem vorigen Berichtsabschnitt — Günstiges berichtet. Hohlbaum sah ein trophisches Ulcus eines Fußes bei angeborener Spina bifida heilen (Beobachtungsdauer 6 Monate).

Versuche mit der P.S.E. eine Gangrän aufzuhalten, mißglückten so gut wie immer. Anatomische Gefäßwandveränderungen werden durch die Operation nicht rückgängig gemacht, eine fortschreitende Endarteriitis obliterans durch sie nicht aufgehalten. Je mehr das funktionelle Moment in den Hintergrund tritt gegenüber den anatomischen Veränderungen, um so weniger ist die Operation indiziert und um so schlechter sind auch die Erfolge.

Die von Florescu vorgeschlagene und von Gundermann zuerst ausgeführte P.S.E. bei der Knochen- und Gelenk*tuberkulose* wird jetzt meist abgelehnt. Die meisten Autoren sahen überhaupt keine Erfolge (Sebestyén u. a.), andere nur ganz vorübergehende wie Zahradnicky, der über 17 Fälle berichtet. Jaccod hat bei Kehlkopftuberkulose in 3 Fällen eine Besserung durch P.S.E. an der Arteria laryngea superior gesehen; er hält den Eingriff für aussichtsreich.

An der Art. renalis hat Papin die P.S.E. in 8 Fällen ausgeführt (Flandrin), und zwar bei der Nephritis dolorosa, bei kleineren angeborenen Hydronephrosen und unter Umständen bei schmerzhaften Hydronephrosen. Im Tierversuch ergibt die Entnervung der *Niere* geringfügige, schnell vorübergehende Veränderungen der Wasserausscheidung und des Chlorgehalts im Harn; nach einer kurzen Phase von Polyurie stellen sich die früheren Ausscheidungsverhältnisse schnell wieder her. Die Harnstoffkonzentration war gar nicht oder in einem praktisch nicht in Betracht kommenden Ausmaße herabgesetzt. Beim Menschen wurden ähnliche Beobachtungen gemacht. Inmer waren sofort die Schmerzen restlos verschwunden. Über ähnliche gute Erfolge wie Flandrin berichtet Serés (7 Fälle). Mercier warnt davor, die Operation zu leicht zu nehmen wegen der Gefahr der Gefäßverletzung. Experimentelle Untersuchungen über die P.S.E. und Nierenfunktion geben noch die Arbeiten von Schönbauer und Whitaker und von Milliken und Karr.

Auch in die *Gynäkologie* hat die P.S.E. Eingang gefunden. Leriche hat 12mal an der Hypogastrica, Ovarica und Iliaca communis operiert bei Dysmenorrhöe und

Amenorrhöe mit angeblich guten Erfolgen (Beobachtungszeit bis zu $2^1/_2$ Jahren). 2 Fälle von Kraurosis vulvae wiesen ebenfalls sehr gute Erfolge auf (Beobachtungszeit 1 und 3 Jahre). Cotte tritt in mehreren Arbeiten warm für die Operation ein und Laignel-Lavastine glaubt sie empfehlen zu sollen.

Die therapeutische Verwendung der *paravertebralen* Anästhesie nach Kappis und Läwen muß man noch mit in den Bereich der Sympathicuschirurgie einbeziehen, soweit es sich um die Beeinflussung der Innervation der Organe der Körperhöhlen handelt. Ihre segmentäre Ausschaltung hat man nicht nur zu diagnostischen, sondern auch zu therapeutischen Zwecken erfolgreich verwendet. Hier sei auf die sehr eingehende Arbeit von Mandl, die alle in dieses Gebiet gehörenden Probleme ausführlich behandelt, besonders verwiesen.

Auf die diagnostische Seite der paravertebralen Anästhesie ist aufgebaut das operative Verfahren von v. Gaza und von Leriche. Das Ziel des Eingriffes der *Resektion* der entsprechenden *Rami communicantes* ist die dauernde Beseitigung von Schmerzen, die von inneren Organen ausgehen. Die günstigen Erfahrungen, die v. Gaza und Mandl mit dieser Operation gemacht, fordern zu weiteren Versuchen auf.

Gleichzeitig mit v. Gaza und unabhängig von ihm veröffentlichten Leriche und Wertheimer Studien über die Resektion der Rami communicates. Royle und Hunter glauben, durch Resektion der Rami communicantes den Muskeltonus bei spastischen Lähmungen beeinflussen zu können; Royle hat die Operation in einer großen Anzahl von Fällen gemacht, nach seiner Angabe mit Erfolg. Jedoch erscheint mir die Zeit noch zu kurz zu sein, um ein endgültiges Urteil abgeben zu können.

Allgemeines.

Azbukin, A., Akzessorische Organe des Nervus sympathicus. (Anat., Univ. Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 288—295.) (Russisch.) **38**, 287.

Bazzicalupo, G., Il metodo ascoltatorio dello crurale come mezzo di esplorazione del simpatico e dell'apparato cardio-vascolare. (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. 18, S. 287—290 u. Nr. 19, S. 301—303.) **33**, 659.

Bianchi, Andrés E., Über Ganglioneuromatosen und Metastasen in sympathischen Ganglien. (Rev. de la soc. argentina de biol. Jg. **1**, Nr. 6, S. 532—541.) (Span.) **38**, 500.

Botez, C. Gheorghe, Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Sympathicus. (Rev. sanit. milit. Jg. **24**, Nr. 3, S. 146—150 u. Nr. 4, S. 193—197.) (Rumänisch.) *

Brandsburg, Boris, Experimentelle Untersuchungen über pathologisch-histologische Veränderungen des Herzmuskels nach der Sympathektomieoperation. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 42, S. 1775—1777.) *

Brill, E., und R. Thiel, Ein Beitrag zur Methode der pharmakodynamischen Prüfung des vegetativen Nervensystems. (Univ.-Hautklin. u. Augenklin., Jena.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **106**, H. 5/6, S. 327—340.) **38**, 652.

Brüning, F., Muskeltonus der quergestreiften Muskulatur und vegetatives Nervensystem. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 16, S. 756—758.) **32**, 660.

Colmers, Die bisherigen Ergebnisse der Chirurgie des Phrenicus und des Sympathicus. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 52, S. 2143—2145.) **34**, 297.

Danielopolu, D., et A. Aslan, Recherches sur les vaso-moteurs chez l'homme. Mécanisme de production du réflexe oculo-vasculaire. Action de l'atropine. (Hôp. Filantropia, II. clin. méd., univ., Bucarest.) (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. **92**, Nr. 4, S. 288—291.) *

Doppler, Karl, Über die Sympathicusausschaltung auf chemischem Wege (mittels Phenol). Vorl. Mitt. (Krankenh. d. Kaufmannschaft, Wien.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 15, S. 547—549.) **32**, 96.

Elgart, Jaroslav, Unblutige Sympathektomie. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 28, S. 1068—1069.) (Tschechisch.) **32**, 661.

Epstein, A. L., Die Frage über das vegetative Nervensystem. (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 2, S. 274—275.) (Russisch.) *

Fick, Wilhelm, Beitrag zur Kenntnis der Vagus-Sympathicus-Verbindungen unterhalb der Schädelbasis. (Anat. Anst., Univ. Berlin.) (Jahrb. f. Morphol. u. mikroskop. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. mikroskop.-anat. Forsch. Bd. **2**, H. 2, S. 429—457.) **32**, 876.

Frenkel, Bronisław, Studien über das Sympathicussystem. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 43, S. 915—917.) (Polnisch.) *

Gagel, Oskar, Beitrag zur Anatomie der vegetativen Zentren im Halsmark. (Dissertation: Erlangen 1925. 1 S.) *

Glaser, F., Die Bedeutung des vegetativen Nervensystems bei Infektionen und Infektionskrankheiten. (Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 34, S. 1625—1629.) **33**, 174.

Glaser, F., Therapeutische Fortschritte auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. (Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Therapie der Gegenw. Jg. **66**, H. 6, S. 287—294.) *

Hahn, Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems. (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen, O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 3, S. 321—335.) **33**, 235.

Hahn, Otto, Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems. (Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1925. IX, 264 S. RM. 15.60.) **32**, 821.

Hesse, E., Die Chirurgie des Hals-, Brust- und Bauchabschnittes des sympathischen Nervensystems. (Chir. Klin., staatl. Hoch. med. Wiss., Leningrad, Prof. Hesse.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 323—343.) (Russisch.) **36**, 803.

Hunter, John Irvine, Lectures on the sympathetic innervation of striated muscle. Lect. III. Pt. I. The practical applications. (Brit. med. journ. Nr. **3347**, S. 350—353 u. Nr. **3348**, S. 398—403.) *

Ito, Hiromu, Experimentelle Glykosurie, verursacht durch elektrische Reizung des Ganglion solare. (Arch. f. japan. Chir. Bd. **2**, H. 3.) (Japanisch.) **32**, 784.

Ivanoff, G., Zur Anatomie und Histologie der Nebenorgane der menschlichen sympathischen Nerven. (Inst. f. normale Anat., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **75**, H. 3/4, S. 435—443.) **32**, 178.

Karczag, L., und N. Zilahy, Über die Beeinflussung der Zellpermeabilität durch den Sympathicus. (III. med. Klin., Univ. Budapest.) (Biochem. Zeitschr. Bd. **162**, H. 1/2, S. 18—21.) **34**, 428.

Koetzle, Die Chirurgie des vegetativen Nervensystems. (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, Juni-H., S. 177—181 u. Juli-H., S. 197—206.) *

Liek, E., Über den Einfluß der Sympathicusdurchschneidung auf örtliche Infektionen. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 393—405.) **32**, 96.

Lindqvist, Erik, Das vegetative Nervensystem in der derzeitigen Chirurgie. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 34, S. 953—973.) (Schwedisch.) **33**, 206.

Marconi, Sandro, Vecchi e nuovi indirizzi nella cura delle paralisi spastiche con speciale riguardo alla sezione dei rami comunicanti del simpatico. (Osp. civ., Venezia.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 2, S. 239—278.) **33**, 879.

Matsui, Yoshio, Über den Verlauf der spinalen Nervenfasern im Sympathicus. (Anat. Inst., kais. Univ. Kyoto.) (Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 6, S. 267—280.) **35**, 292.

Matsui, Yoshio, Beiträge zur Kenntnis der Anatomie des sympathischen Nervensystems. I. Mitt.: Truncus sympathicus thoracalis bei Neugeborenen und Feten. Anhang: Die mikroskopische Untersuchung des Grenzstranges. (Acta scholae med. univ. imp., Kioto Bd. 8, H. 1, S. 1—42.) **36**, 402.

Matsui, Yoshio, Beiträge zur Kenntnis der Anatomie des sympathischen Nervensystems. II. Mitt.: Truncus sympathicus thoracalis bei Erwachsenen. (Acta scholae med. univ. imp., Kioto Bd. **8**, H. 1, S. 117—138.) **36**, 402.

Matsui, Yoshio, Beiträge zur Kenntnis der Anatomie des sympathischen Nervensystems. III. Mitt.: Nervi splanchnici. (Acta scholae med. univ. imp., Kioto Bd. 8, H. 1, S. 139—154.) **36**, 402.

Milkó, Vilmos, Über die Chirurgie des Nervus sympathicus. (Therapia (Budapest) Jg. **2**, Nr. 4, S. 156—160.) (Ungarisch.) *

Milliken, L. F., and W. G. Karr, The influence of the nerves on kidney function in relation to the problem of renal sympathectomy. (Dep. of surg. research, biochem. a. urol., grad. school of med., univ. of Pennsylvania, a. laborat. of biochem., gen. hosp., Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 1, S. 1—23.) **32**, 845.

Mogilnitzky, B. N., Zur Frage der pathologischen Veränderungen des vegetativen Nervensystems bei Erkrankungen der endokrinen Drüsen. (Pathol.-anat. Inst., Staatsuniv. Moskau.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **257**, H. 3, S. 765—776.) *

Müller, L. R., Die Beziehungen des Sympathicus zum Vagus. (Med. Klin., Univ., Erlangen.) (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 4, S. 263—275.) *

Oller, Antonio, Drei Fälle von Hemiplegie behandelt mit Durchschneidung der Rami communicantes des Sympathicus. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 492—501.) (Spanisch.) **36**, 184.

Onuma, Teizo, Über die Veränderungen des sympathischen Nervensystems bei verschiedenen Krankheiten. (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. 15, S. 79—80.) 37, 497.

Papilian, Victor, Das sympathische System und Staphylokokkeninfektion. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 5/6, S. 189—190.) (Rumänisch.) 33, 92.

Papilian, Victor, und Liviu Funariu, Der Einfluß des Sympathicus auf die Acidität des Magensaftes. (Inst. de anat. descript. si topograf., univ., Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 9/10, S. 351—352.) (Rumänisch.) *

Penfield, Wilder, Surgical aspects of the sympathetic nervous system in the work of René Leriche. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 6, S. 369 bis 375.) 35, 700.

Potts, T. K., The main peripheral connections of the human sympathetic nervous system. (Dep. of anat., univ., Sydney.) (Journ. of anat. Bd. 59, Nr. 2, S. 129 bis 135.) 31, 80.

Rasenkow, I., Zur Frage über die vierfache Innervation der Organe. (Moskovkij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 23—31.) (Russisch.) 35, 261.

Rothlin, E., Über die pharmakologische und therapeutische Wirkung des Ergotamins auf den Sympathicus. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 30, S. 1437—1443.) 33, 652.

Schönbauer, L., und L. R. Whitaker, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Wundheilung, unter besonderer Berücksichtigung traumatischer Magenläsionen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien, u. chir. Univ.-Klin., Harvard-Univ., Boston.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 500—508.) 32, 650.

Sebestyén, Julius, Die Wirkung der periarteriellen Sympathektomie auf den Blutkreislauf. (Chir. Klin., Elisabeth-Univ., Pécs.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 375—377.) 34, 693.

Uffreduzzi, O., La chirurgia del simpatico periarterioso (XXXI. congr., soc. ital. di chir., Milano, 26.—29. X. 1924.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 6, S. 841—844.) *

Wagner, A., Erwiderung auf die Bemerkung von Flörcken im Zentralblatt Nr. 21. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1892—1893.) 32, 877.

Hals-, Brust-, Bauchsympathicus.

Adson, Alfred W., Ramisection for spastic paralysis. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 777—789.) 32, 661.

Aronowitsch, G. D., Über anginoide Anfälle bei Schmerzen im linken Brachialplexus. (Nervenklin., Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 3, S. 117—118.) 31, 868.

Babitzkij, P. S., Beiträge zur Sympathicuschirurgie. Operative Epilepsiebehandlung vermittels Sympathektomie und dekompressiver Trepanation. (Chir. Abt., Oktober-Krankenh. [früher Alexander-], Kijew, Prof. Savjalov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 19—28.) (Russisch.) 34, 833.

Babitzky, P., Sympathektomie und dekompressive Trepanation als kombiniertes Operationsverfahren bei Epilepsie. (Chir. Abt., städt. Krankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 26, S. 1416—1419.) 33, 209.

Babitzky, P. S., Zur Chirurgie des Sympathicus, die Entfernung seines Halsanteiles bei Epilepsie. (Chir. Abt., städt. Oktoberkrankenh., Prof. Sawjalov, Kijev.) (Kijevskaja medicinskaja žiśn Jg. 1, Bd. 1, Nr. 1, S. 43—49.) (Russisch.) 35, 437.

Bergis, R., et Tasso Asteriadès, Essai de traitement de l'ozène par la sympathicectomie péri-carotidienne externe. (Hôp. franç., Salonique.) (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 52, S. 1416—1418.) *

Bittmann, Otakar, Sur les douleurs lombaires et sur leur traitement par la sympathectomie péri-aortique. (Clin. de gynécol.-obstétr. du prof. A. Ostrcil, Brno.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 6, S. 757—788.) 34, 834.

Bojovitch, Voukota, Sympathectomie péri-carotidienne dans le traitement de l'épilepsie essentielle. (Hôp. d'état, Pozarevac.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 8, S. 608—616.) 33, 883.

Cornioley, Névrose grave du plexus solaire simulant une perforation gastrique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 443—457.) 33, 331.

Diez, Julio, Die Behandlung der trophischen und gangränösen Affektionen der Glieder durch Sympathicusresektion. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 11, S. 377—403.) (Spanisch.) 34, 146.

Dobrochotov, M. S., Förster oder Ramisectio nach Royle. Theoretische Begründungen zur Royleschen Ramisectio sympathica. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 333—340.) (Russisch.) 35, 436.

Escayola, Joaquin, Heutiger Stand der Chirurgie des Halssympathicus. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 22, S. 381—391.) (Spanisch.) *
Flörcken, H., Kurze Bemerkung zu dem Aufastz von A. Wagner, Lübeck, „Zur Sympathicusoperation wegen Epilepsie" in Nr. 12 des Zentralblattes. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 21, S. 1131.) 32, 359.
Fokin, W. W., Der Zustand des vegetativen Nervensystems bei Magenerkrankungen (Timirjasev-Stadtkrankenh., Moskau.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 891 bis 899.) (Russisch.) 35, 321.
Hernández Ramírez, Rafael, Chirurgische Epilepsiebehandlung. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 8, S. 422—423.) (Spanisch.) 32, 95.
Jacod, Maurice, Trois observations de sympathicectomie périartérielle pour ulcérations torpides du larynx. Résultats immédiats et éloignés. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 12, S. 1217—1221.) 35, 151.
Jakovljević, V., Exstirpation des cervicalen Sympathicus. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 2, S. 61—64.) (Serbo-kroatisch.) 32, 20.
Jirásek, Arnold, Schwerer Singultus, Ätiologie, Mechanismus und chirurgische Behandlung. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 12, S. 441—447.) (Tschechisch.) 32, 178.
Koreiša, Zur Anatomie und Physiologie des oberen Halssympathicusganglions. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 344—345.) 35, 26.
Kudo, H., Experimentelle Kritik der Halssympathektomie wegen genuiner Epilepsie. (Orthop. Klin., kais. Univ. Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. 2, H. 6.) 35, 226.
Leriche, R., et R. Fontaine, Sur la sensibilité de la chaîne sympathique cervicale et des rameaux communicants chez l'homme. (Clin. chir., fac., de méd., Strasbourg.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 36, S. 581—583.) 32, 279.
Leriche, R., et P. Wertheimer, Sur deux cas de section des rameaux communicants. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 1, S. 57—64.) 31, 602.
Minkin, S., Die anatomisch-chirurgischen Verhältnisse des Ductus thoracicus zum Nervus sympathicus am Halse. (Inst. d. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 3/4, S. 646—651.) 34, 355.
Nikišin, Fedor, Vegetatives System bei chronischem Bauchleiden. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 40, S. 1451—1456.) (Tschechisch.) 34, 354.
Okinšewič, A., und A. Amossov, Versuche bilateraler Entfernung des oberen sympathischen Ganglions und periarterieller Sympathektomie an den Carotiden bei chronischer und epidemischer Encephalitis mit Parkinsonschen Erscheinungen. (Chir. Univ.-Klin., Baku.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 341—344.) (Russisch.) 35, 226.
Pavlovsky, Alejandro J., Über den Halsthoraxsympathicus und die Jonnescosche Operation. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 7, S. 350—358.) (Spanisch.) *
Pearce, Louise, and Chester M. van Allen, The effect of operative interference with the cervical sympathetic nervous system upon the growth and malignancy of a transplantable neoplasm of the rabbit. (Laborat., Rockefeller inst. f. med. research, New York.) (Journ. of exp med. Bd. 42, Nr. 4, S. 431—451.) 35, 438.
Piotrowski, G., De l'innervation sympathique de la musculature striée. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 12, S. 774—781.) *
Rowntree, Leonard G., and Alfred W. Adson, Bilateral lumbar sympathetic neurectomy in the treatment of maligant hypertension. Report of case. (Div. of med. a. surg., Mayo clin. a. found., Rochester, Minn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 13, S. 959—691.) 34, 145.
Rubascheff, S. Über Nebenerscheinungen bei der Halssympathektomie. (Chir. Fak.-Klin., Weißruss. Univ. Minsk.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1284.) 35, 808.
Rubaschow, S., Exstirpation des Halssympathicus bei Otosklerose. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 40, S. 1667.) 34, 145.
Skramlik, Emil v., und Manuel Durán-Cao, Über die Beziehungen des Vagus zum Sympathicus bei der Milz. (Physiol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45, H. 3/4, S. 460—474.) 32, 877.
Wagner, A., Zur Sympathicusoperation wegen Epilepsie. (Marienkrankenh., Lübeck.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 637—638.) 31, 602.
Wertheimer, Pierre, Considérations sur la chirurgie du tonus musculaire. (Clin. chir., fac. de méd., Lyon.) (Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 1, S. 1—10.) 33, 3.

Asthma bronchiale.

Böttner, A., Zur operativen Behandlung des Asthma bronchiale nebst einigen kritischen Bemerkungen. (Städt. Krankenh., Königsberg i. Pr.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 197—198.) 31, 533.

Brandsburg, B., Die pathologisch-histologischen Veränderungen des Herzmuskels nach Sympathektomie. (Inst. f. operat. Chir., Prof. Melnikoff, Univ. Charkow.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 16, S. 221—226.) (Russisch.) **33**, 711.
Bržosovskij, A. G., Zur Pathogenese und operativen Behandlung des Asthma bronchiale. (Chir. Fak.-Klin., Med. Hochsch. Astrachan, Prof. Bržosovskij.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 340—355.) (Russisch.) **35**, 809.
Daniélopolu, Sur la pathogénie de l'asthme et sur son traitement médical et chirurgical. (Clin. méd., univ., Bucarest.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 96, S. 1585 bis 1588.) **34**, 691.
Habicher, Hugo, Surgery in the treatment of bronchial asthma. (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 6, S. 366—367.) *
Hofer, Gustav, Zur Chirurgie des vegetativen Nervensystems bei Angina pectoris und Asthma bronchiale. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 31, S. 1787—1793 u. Nr. 44, S. 2441—2447.) *
Jirásek, Arnold, Folgezustände nach Beseitigung des Halssympathicus. (I. chir. klin., univ., Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 44, S. 1580—1584.) (Tschechisch.) **33**, 710.
Ishiyama, Fukujiro, On the surgical treatment of bronchial asthma. (Dep. of surg., med. coll., Kyushu imp. univ., Fukuoka.) (Japan med. world Bd. **5**, Nr. 10, S. 289 bis 292.) **34**, 297.
Kamsler, Alfred, Über neuere Versuche auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Zugleich ein Beitrag zur operativen Behandlung der Angina pectoris und des Asthma bronchiale. (Inst. f. Hochgebirgsphysiol. u. Tuberkuloseforsch., Davos.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 33, S. 752—754.) **33**, 174.
Korčitz, E. V., Zur Frage über die Ätiologie des Asthma bronchiale und über die Sympathektomie. (Turkestanskij medizinskij žurnal Bd. 4, Nr. 11, S. 649—654.) (Russisch.) **36**, 353.
Kuttner, A., Kritische Betrachtungen zur operativen Behandlung des Asthma bronchiale. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 26, S. 1066—1067.) **32**, 661.
Lewit, W., Zur chirurgischen Behandlung des Asthma bronchiale. (Verhandl. d. 15. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 338—341. Leningrad 1925.) *
Mirizzi, P. L., Chirurgische Behandlung des Asthma bronchiale. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 17, S. 930—932.) (Spanisch.) *
Osoling, A. J., Über operativ behandelte Fälle von Angina pectoris und Asthma bronchiale. (Chir. Krankenh., Semipalatinsk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 539—546.) (Russisch.) **35**, 701.
Rehbein, Max, Zur Indikation der Sympathicusoperation bei Asthma bronchiale. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 44, S. 1885.) **34**, 145.
Silberberg, J. W., Zur Frage über die Sympathektomie am Halse wegen Asthma bronchiale. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 884.
Witzel, O., Die Sympathicusoperation im Ring der Heilmaßnahmen beim Asthma bronchiale. Zur allgemeinen Würdigung der Operation. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 10, S. 448—450.) **31**, 740.

Angina pectoris.

Brandsburg, B., Die pathologisch-histologischen Veränderungen des Herzmuskels nach Sympathektomie. (Inst. f. operat. Chir., Prof. Melnikoff, Univ. Charkow.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 16, S. 221—226.) (Russisch.) **33**, 711.
Christopher, Frederick, The surgical treatment of angina pectoris. (St. Luke's hosp., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 3, S. 218—222.) **32**, 95.
Diez, Julio, Die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. (Rev. española de med. y cir. Jg. **8**, Nr. 85, S. 408—412.) (Spanisch.) **32**, 706.
Doumer, Ed., Angine de poitrine de cause médiastinale dur à un peojectile intrathoracique. (Arch. des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang Jg. **18**, Nr. 12, S. 766—771.) *
Fedoroff, S. P., Zur Frage über die chirurgische Behandlung der Angina pectoris. (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 7/8, S. 162—164.) (Russisch.) **35**, 26.
Fedoroff, S. P., und K. P. Saposchkoff, Zur Technik der operativen Behandlung der Angina pectoris mit Durschschneidung des Nervus depressor. (Hosp.-Chir.-Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 35, S. 1937 bis 1942.) **32**, 822.
Fogarasi, Imre, Bemerkungen zur Frage der Angina pectoris. (Orvosképzés Jg. **15**, Sonderh., S. 82—85.) (Ungarisch.) **33**, 711.

Gonzalo, G. R., Chirurgische Behandlung des Schmerzes bei der Angina pectoris. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3757, S. 580—581.) (Spanisch.) **84**, 355.

Hesse, E., Zur Frage der chirurgischen Behandlung der Angina pectoris. (Chir. propädeut. Klin., Staatsinst. med. Wiss., Prof. E. Hesse, Leningrad.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 10, S. 234—236 u. Nr. 11, S. 269—271.) (Russisch.) **85**, 362.

Hesse, Erich, Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Angina pectoris. (Chir. Klin., staatl. Hochsch. med. Wiss. u. Trinitatis-Krankenh., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 1, S. 117—130.) **88**, 93.

Hofer, Gustav, Zur Chirurgie des vegetativen Nervensystems bei Angina pectoris und Asthma bronchiale. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 31, S. 1787—1793 u. Nr. 44, S. 2441—2447.) *

Jirásek, Arnold, Folgezustände nach Beseitigung des Halssympathicus. (I. chir. klin. univ., Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 44, S. 1580—1584.) (Tschech.) **88**, 710.

Jonnesco, Thomas, et Demètre Ionesco, L'état fonctionnel du cœur après l'extirpation du sympathique cervico-thoracique. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 103, S. 1697 bis 1699.) **84**, 498.

Iwama, Yoshio, Untersuchung über die periphere Bahn des Nervus vagus. I. Mitt. Die markhaltigen Fasern des rechten Vagus. (Anat. Inst., kais. Univ., Kyoto.) (Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 4/5, S. 215—227.) **84**, 355.

Kamsler, Alfred, Über neuere Versuche auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Zugleich ein Beitrag zur operativen Behandlung der Angina pectoris und des Asthma bronchiale. (Inst. f. Hochgebirgsphysiol. u. Tuberkuloseforsch., Davos.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 33, S. 752—754.) **88**, 174.

Kerr, Harry Hyland, Operative treatment of angina pectoris. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 354—363.) **88**, 92.

Kerr, Harry Hyland, The surgical treatment of angina pectoris. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 1, S. 30—35.) **88**, 92.

Levine, Samuel A., and Francis C. Newton, The selection of patients with angina pectoris for sympathectomy; with a report of additional cases. (Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Americ. heart journ. Bd. **1**, Nr. 1, S. 41—61 u. 118—120.) **84**, 639.

Lilienthal, Howard, Cervical sympathectomy in angina pectoris. A report of three cases. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 531—543.) **81**, 81.

Lilienthal, Howard, Dry clinic on surgical diseases of thorax. Case VII. Angina pectoris; cervical sympathectomy (bilateral). (Bellevue hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 1, S. 244—248.) **81**, 869.

Mandl, Felix, Die Wirkung der paravertebralen Injektion bei „Angina pectoris". (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 3, S. 495 bis 518.) **88**, 92.

Mandl, Felix, Weitere Erfahrungen mit der paravertebralen Injektion bei der Angina pectoris. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 27, S. 759—760.) *

Marmorstein, M. I., Zur Lehre über die Herzinnervation (zur Frage der Sympathektomie). (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **88**, 881.

Moharrem, I., Über den Verlauf des Nervus depressor beim Menschen. Ein Beitrag zur Kritik der operativen Behandlung der Angina pectoris. (Pathol. Inst., Univ. Basel.) (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. **17**, Nr. 3, S. 33—39.) **81**, 532.

Okuneff, N., Zur Frage nach dem funktionellen Zustand der Nn. depressores bei experimentellen Aortaveränderungen. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **47**, H. 1/2, S. 119—124.) **84**, 366.

Osoling, A. J., Über operativ behandelte Fälle von Angina pectoris und Asthma bronchiale. (Chir. Krankenh., Semipalatinsk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 539—546.) (Russisch.) **85**, 701.

Pardee, Harold E. B., The treatment of precordial pain, with a discussion of cervical sympathectomy. (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 5, S. 178—182.) *

Penfield, Wilder, The neurological mechanism of angina pectoris and its relation to surgical therapy. (Dep. of surg., Columbia univ. a. Presbyterian hosp., New York.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 6, S. 864—873.) **84**, 427.

Pieri, Gino, Intervento chirurgico sul simpatico per angina pectoris. (Osp. civ., Belluno.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 42, S. 1462—1465.) **88**, 653.

Ransohoff, J. Louis, Cervical sympathectomy for angina pectoris. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 585—590.) **81**, 669.

Ratner, E. A., Zur Frage über operative Behandlung der Angina pectoris. (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 8/9 [36/37], S. 256—257.) (Russisch.) **86**, 353.

Reid, Mont R., and Wm. DeWitt Andrus, The surgical treatment of angina pectoris. (Surg. dep., univ. of Cincinnati med. school a. gen. hosp., Cincinnati.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 591—604.) **31**, 669.

Richon, L., Données anatomiques et physiologiques pour la pathogénie des angines de poitrine. (Clin. propédeut., fac. de méd., Nancy.) (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 11, S. 357—387 u. Nr. 12, S. 393—417.) **33**, 474.

Schittenhelm, Alfred, und Max Kappis, Weitere Erfahrungen mit der chirurgischen Behandlung der Angina pectoris. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 19, S. 753—756.) **32**, 334.

Tello, J. Francisco, Entwicklung des Nervus depressor und seiner Endungen. (Arch. de cardiol. y hematol. Bd. **6**, Nr. 2, S. 37—49.) (Spanisch.) **33**, 41.

Tschermak, A., Über den Nervus depressor inferior aortae. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 27, S. 995—998.) **33**, 94.

Vaughan, J. Walter, The surgical treatment of angina pectoris. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 2, S. 108—109.) **31**, 287.

Velluda, Constantin C., Der Nervus depressor beim Kaninchen. (Inst. de anat. descript. şi topograf., univ., Cluj.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 9/10, S. 344—350 u. Nr. 11/12, S. 419—423.) (Rumänisch.) **36**, 403.

Basedow.

Crawford, J. Hamilton, and J. N. J. Hartley, The influence of the autonomic nervous system on the function of the thyroid gland. (Pharmacol. dep., univ., Edinburgh.) (Journ. of exp. med. Bd. **42**, Nr. 2, S. 179—191.) **33**, 714.

Hepner, Josef, und F. Nikišin, Stoffwechsel, Sympathicus und Parasympathicus bei Morbus Basedow. (Biol. listy Jg. **11**, Nr. 5, S. 333—339.) (Tschechisch.) **34**, 148.

Kessel, Leo, and Harold Thomas Hyman, Exophthalmic goiter (Graves' syndrome) and involuntary nervous system. XI. Causes of death, with especial reference to pathogenesis and treatment by thyroxin of „acute crises". (Med. serv., Mount Sinai hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 23, S. 1720 bis 1722.) **33**, 582.

Kiyono, H., Über den Einfluß der Sympathicusexstirpation auf die Schilddrüse. (Zugleich ein Beitrag zum Morbus Basedowii.) (Städt. Krankenh. Charlottenburg Westend.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **257**, H. 1/2, S. 430 bis 440.) **33**, 426.

Kosanović, B., Über die Resektion des Halssympathicus bei Morbus Basedow. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 2, S. 64—73.) (Serbo-kroatisch.) **32**, 20.

Lobmayer, G., Kropf und vegetatives Nervensystem. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 235.

Partsch, Fritz, Zur Frage der Resektion des sympathischen Halsgrenzstranges bei Morbus Basedow. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 28—51.) **33**, 40.

Unverricht, Experimentelle Untersuchungen über die Ursache des Exophthalmus. (III. med. Klin., Univ. Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 18, S. 878 bis 879.) **32**, 333.

Extremitätensympathicus.

Ahrens, Reinhold, Eine Modifikation der periarteriellen Sympathektomie. (Städt. Krankenh., Remscheid.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 1, S. 11—13.) **31**, 82.

Ahrens, Reinhold, Arterienschälung in der Gynäkologie. (Städt. Krankenh., Remscheid.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 17, S. 912—914.) **32**, 661.

Alievoli, Intervento chirurgico sul simpatico nella paralisi spastica. (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 20, S. 464—465.) **32**, 501.

Ason, Alfred W., and George E. Brown, Treatment of Raynaud's disease by lumbar ramisection and ganglionectomy and perivascular sympathetic neurectomy of the common iliacs. (Sect. on neurol. surg. a. sect. on med., Mayo clin. a. Mayo found., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 25, S. 1908—1910.) **32**, 502.

Babitzky, P., Sympathektomie und dekompressive Trepanation als kombiniertes Operationsverfahren bei Epilepsie. (Chir. Abt., städt. Krankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 26, S. 1416—1419.) **33**, 209.

Barker, Lewellys F., Two patients suffering from Raynaud's disease. Discussion of medical and surgical treatment with comments upon the present status of surgery of the vegetative nervous system. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 72—82.) **35**, 544.

Bergglas, Bernhard, Über die Nerven in der Adventitia der Arterien. Anatomisches zur periarteriellen Sympathektomie. (I. anat. Inst., Univ. Wien.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 77, H. 3/4, S. 481 bis 487.) **33**, 881.

Bernheim, Bertram M., Periarterial sympathectomy; indications for its use in circulatory diseases of the extremities. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 828—835.) **32**, 822.

Bertone, Carlo, Ha la simpatectomia periarteriosa una reale influenza sulla tubercolosi osteoarticolare? (Sez. chir., osp. civ., Biella.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 39, S. 1349—1352.) **33**, 427.

Bertone, Karl, Periarterielle Sympathektomie oder Streckung des Hüftnerven zur Heilung des Malum perforans pedis? (II. chir. Abt., Zivilspit., Venedig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 40, S. 2248—2249.) **33**, 427.

Birt, Ed., Beitrag zur Indikationsstellung der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Abt., Paulun-Hosp., Schanghai.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 631—633.) **31**, 670.

Bomasch, I., Die Innervation der Blutgefäße der unteren Extremität. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen, H. 2, S. 217—229.) (Russisch.) **35**, 27.

Bonani, Giovanni, Risultati lontani della simpatectomia perifemorale nel trattamento dell'ulcera varicosa. (Osp. magg., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 6, S. 569—579.) **34**, 146.

Božović, V., Periarterielle Sympathektomie und deren Anwendung bei einigen chirurgischen Erkrankungen. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 2, S. 73—83.) (Serbokroatisch.) **32**, 21.

Bressot, E., La sympathectomie péri-artérielle (opération de Leriche), sa technique, ses indications, ses résultats. (Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. 82, Nr. 2, S. 255—269.) *

Brezovnik, Vladimír, Chirurgische Behandlung der Contracturen mit periarterieller Sympathektomie. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 9, S. 321—323.) (Tschechisch.) **32**, 179.

Brown, George E., and Leonard G. Rowntree, Vasodilatation following sympathetic neurectomy. (Mayo clin., Rochester.) (Americ. heart journ. Bd. 1, Nr. 2, S. 144—150.) **35**, 27.

Brüning, F., Drei Jahre periarterielle Sympathektomie. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 37, S. 1516—1518.) **33**, 474.

Camera, Ugo, Un nuovo metodo di simpatectomia periarteriosa, che ne rende la tecnica facile, rapide e completa. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 17, H. 1/2, S. 195—198.) **34**, 428.

Chiariello, Alfonso Giovanni, Contributo allo studio della fine istologia dei capillari. Considerazioni sulla circolazione extracardiaca e sulla simpatectomia periarteriosa. (Istit. di anat. ed istol. patol., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 9, S. 888 bis 899.) **33**, 884.

Cohen, Ira, Periarterial sympathectomy. (Mount Sinai hosp. a. Montefiore hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 704—709.) **35**, 28.

Cottalorda, J., et Filippini, Sympathectomie périartérielle „Moreschi combiné" et résections nerveuses. Etude comparée de la technique, des résultats et des indications opératoires. (Clin. chir., prof. Imbert, Marseille.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 2, S. 161—172.) **32**, 178.

Cotte, G., Sur le traitement des dysménorrhées rebelles par la sympathectomie hypogastrique périartérielle ou la section du nerf présacré. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 6, S. 153—159.) **32**, 280.

Cotte, G., et M. Dechaume, Technique et indications opératiores des interventions sur le sympathique pelvien (sympathectomie périartérielle hypogastrique; section du nerf présacré) en gynécologie. (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 6, S. 653—664.) **33**, 427.

Cotte, Gaston, La sympathectomie hypogastrique a-t-elle sa place dans la thérapeutique gynécologique? (Presse méd. Jg. 33, Nr. 7, S. 98—99.) **31**, 288.

Dami, Aurelio, Considerazioni su un caso di simpaticectomia periarteriosa. (Turno chir., osp. civ., Prato.) (Policlino, sez. prat. Jg. 32, H. 39, S. 1353—1354.) **33**, 426.

Dennig, H., Enthalten die periarteriellen Nerven lange sensible Bahnen? (Med. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 2, S. 66—68.) **31**, 669.

Desgouttes, L., et A. Ricard, A propos de la sympathectomie périartérielle. Détails et technique. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 44, S. 734.) **32**, 407.

Diez, Jules, Traitement des affections trophiques et gangréneuses des membres par la résection des chaînes sympathiques cervico-thoracique et lombo-sacrée. (Clin. chir., univ., Buenos-Aires.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 10, S. 875—910.) **35**, 99.

Diez, Julio, Die Behandlung der trophischen und gangränösen Affektionen der Glieder durch Sympathicusresektion. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 11, S. 377 bis 403.) (Spanisch.) **34, 146.**

Dobrzaniecki, Władysław, Die periarterielle Sympathektomie vom klinischen Standpunkte. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 21, S. 484—487.) (Polnisch.) **32, 407.**

Dominici, Leonardo, Osservazioni cliniche sugli esiti lontani della simpaticectomia periarteriosa di Leriche. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 1, S. 7—9.) **32, 179.**

Dumpert, V., und K. Flick, Über den Verlauf der sensiblen Gefäßnerven in den Extremitäten. (Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 329—332.) **32, 501.**

Durante, Luigi, La simpatectomia periateriosa della tibiale posteriore può sostituire la simpatectomia periarteriosa della femorale nelle sindromi dolorifico-trofiche del piede. (Sez. chir., osp. civ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 688 bis 696.) **32, 823.**

Durante, Luigi, Il problema topografico della simpatectomia periarteriosa. (Sez. chir., osp. civ., Genova.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 39, S. 1345—1349.) **33, 426.**

Fedorov, S. P., Die Chirurgie des peripheren Abschnitts des vegetativen Nervensystems. (Chir. Klin. Prof. Fedorov., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Žurnal dlja usoveršenstvovanija vračej Nr. 7/8, S. 395—401.) (Russisch.) **36, 353.**

Gaetano, Luigi de, Simpatectomia e distensione nervosa in un caso di ulcere perforanti multiple dei piedi. Guarigione. (Ist. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. **6**, Nr. 7, S. 443—453.) **33, 236.**

Goodman, Charles, Fibroid of ovary: Renal calculi: Diverticulum of bladder. Abdominal cases: Splenectomy for thrombo cytopenic purpura: Case of gas bacillus of the Welch type, following an automobile injury: Perisympathectomy: Paralysis agitans. (Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 237—247.) *

Gundermann, Wilhelm, Periarterielle Sympathektomie bei Knochen- und Gelenktuberkulose. Erwiderung auf den Artikel von Julius Sebestyén in Nr. 46 dieser Zeitschrift. (Chir. Klin., Univ. Gießen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 2, S. 78—79.) **31, 232.**

Gurevič, N. I., Ein Versuch der Befestigung der nach Leriche denudierten Arterienwand vermittels eines freitransplantierten Fascienlappens. Vorläufige Mitteilung. (Moskau-Orenburg.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 4, Nr. 32, S. 600 bis 603.) (Russisch.) **35, 701.**

Gurewitsch, N. J., Ein Versuch der Verstärkung der denudierten Gefäßwand mittels Fascia. Vorl. Mitt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 46, S. 2581—2583.) **33, 884.**

Hahn, Otto, Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 1, S. 9—10.) **31, 82.**

Hahn, Otto, und Franz Hunczek, Anatomische Untersuchungen über die Nervenversorgung der Extremitätengefäße. (Chir. Klin. u. anat. Inst., Univ., Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 2, S. 302—306.) **31, 681.**

Hilse, A., Ist die periarterielle Sympathektomie gefährlich? (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 30, S. 1645—1648.) **32, 706.**

Hirsch, L., Über die Nervenversorgung der Gefäße im Hinblick auf die Probleme der periarteriellen Sympathektomie. Präparatorische Untersuchungen. (Anat. Inst., Univ. Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 281—288.) **34, 834.**

Jegorov, B., Die histologischen Veränderungen der Gefäßwand nach der periarteriellen Sympathektomie nach Leriche. (Chir. Klin., Prof. Martynoff, Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 235—237.) (Russisch.) **33, 884.**

Kimura, Y., Eine neue operative Behandlung bei spastischer Lähmung der Unterextremitäten. (Tokyo med. Wochenschr. **2448**.) **33, 925.**

Lehmann, Walter, Zum Artikel von Herrn Priv.-Dozent Dr. Hahn: „Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie." (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 12, S. 636.) **31, 670.**

Leriche, R., Résultats de la sympathectomie faite sur les artères hypogastrique et ovarienne en gynécologie. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 29, S. 465.) **32, 280.**

Leriche, R., Über die Durchschneidung kommunizierender Äste im Schmerzsyndrom der Extremitäten. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. **2**, Nr. 6, S. 209—210.) (Polnisch.) *

Leriche, R., et R. Fontaine, Section des rameaux communicants cervicaux inférieurs et du premier dorsal suivie de sympathectomie péri-humérale, dans un cas de maladie de Raynaud; résultats immédiats. (Strasbourg méd. Jg. **83**, Nr. 6, S. 205 bis 207.) **33, 174.**

Leriche, R., M. Wolf et R. Fontaine, Résultats d'interventions sur le sympathique dans la sclérodermie. (Clin. chir. et méd. A., univ., Strasbourg.) (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **32**, Nr. 6, S. 153—156.) **33, 654.**

Leriche, René, Sur une nouvelle opération sympathique (section des rameaux communicants) efficace dans les syndromes douloureux des membres. (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 15, S. 449—452.) **32**, 179.
Liek, E., Kritische Bemerkungen zur heutigen Sympathicuschirurgie. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 220—244.) **34**, 356.
Ljetnik, Simeon, Die Verteilung der Nervengeflechte in der Adventitia der Gefäße. (Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie.) Vorl. Mitt. (Inst. f. chir. Anat., Univ. Odessa.) (Anat. Anz. Bd. **59**, Nr. 19/20, S. 467—470.) **32**, 877.
Mairano, Mario, Ricerche sperimentali sull'influenza della simpatectomia periarteriosa sul processo di guarigione nelle fratture. (Istit. e clin. di patol. spec. chir., univ., Torino.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 1, S. 37—52.) **33**, 332.
Melzner, Ernst, Experimentalbeitrag zur sogenannten periarteriellen Sympathektomie. (Pathol. Inst., Chir.- u. Poliklin., Univ. Königsberg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 3, S. 427—437.) **33**, 94.
Monaschkin, G., Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Klin., Univ. Charkow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 33, S. 1812—1815.) **32**, 757.
Monaškin, G., Zur Klinik der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Fak.-Klin. d. Med. Hochsch. Charkow, Chef Prof. Trinkler †.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18. S. 1277—1282.) (Russisch.) **35**, 738.
Monaškin, G., Über periarterielle Sympathektomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 104—107.) (Russisch.) **37**, 735.
Mornard, Pierre, Quelques résultats éloignés de la sympathectomie péri-artérielle. (Clin., prof. Pierre Delbet, Paris.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 6, S. 467—481.) **32**, 706.
Moscu, Constantin, Periarterielle Sympathektomie. (Laborat. de chir. exp., univ., Bucuresti.) (Rev. de chir. Jg. **17**, Nr. 7/9, S. 149—156.) (Rumänisch.) *
Muller, George P., Results of peri-arterial sympathectomy. (Univ. hosp., Philadelphia.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 6, S. 1562—1566.) **35**, 28.
Novák, Wladimír, Periarterielle Sympathektomie. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 41, S. 1492—1494 u. Nr. 42, S. 1528—1530.) (Tschechisch.) *
Palma, Raffaele, Influenza della simpaticectomia sul processo di riparazione delle fratture. (Istit. di clin. chir. e istit. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 1/2, S. 85—103.) **31**, 740.
Pieri, Gino, Contributo clinico alla simpatectomia periarteriosa. (Osp. civ., Belluno.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 4, S. 433—473.) **33**, 884.
Pokorný, Čestmír, Periarterielle Sympathektomie in Deutschbrod. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 51, S. 1831—1833.) (Tschechisch.) **34**, 356.
Polák, Emerich, Periarterielle Sympathektomie. (Časopis lékařů českých Jg. **64**. Nr. **37**, S. 1328—1334.) (Tschechisch.) **34**, 73.
Rabinovič, I., Sympathicotomie bei spontaner Gangrän. (Fak.-Chir.-Klin. Prof. Mirotvorzev, Saratov.) (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. **3**, Nr. 8/9 [36/37], S. 254 bis 256.) (Russisch.) **36**, 353.
Rolando, Silvio, Simpatectomia periarteriosa e simpatectomia peritronculare nervosa. (Osp. Galliera, Genova.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 12, S. 411—414.) **31**, 871.
Rubascheff, S., Zur periarteriellen Sympathektomie bei schlecht heilenden Frakturen. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Minsk., Prof. Rubascheff.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 5, S. 403—404.) (Russisch.) **33**, 209.
Rubaschow, S., Periarterielle Sympathektomie bei verzögerter Konsolidation von Knochenbrüchen. (Chir. Klin., Univ. Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 12, S. 635.) **31**, 749.
Rubašov, S. M., Zur theoretischen Begründung der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Rubašov, Minsk.) (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. **6**, S. 767 bis 777.) (Polnisch.) **35**, 701.
Scalone, Ignazio, La tecnica della simpatectomia periarteriosa „col bistouri". (Osp. Umberto I, Siracusa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 461—466.) **33**, 236.
Schmid, Hans Hermann, Über Arterienenthülsung („periarterielle Sympathektomie") in der Gynäkologie. Vorl. Mitt. (Physiol. Inst., dtsch. Univ., Prag.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 5, S. 236—246.) **31**, 445.
Schmidt, A., Zur Frage der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Univ.-Klin., Bonn.) (Brun's Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 1, S. 131—143.) **31**, 289.
Sebestyén, Gy., Periarterielle Sympathektomie bei Knochen- und Gelenktuberkulose. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 231.
Sebestyén, Gyula, Die Wirkung der periarteriellen Sympathektomie auf den Blutkreislauf. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 40, S. 957—958.) (Ungarisch.) **33**, 473.
Sebestyén, Julius, Periarterielle Sympathektomie bei Knochen- und Gelenkstuberkulose. Erwiderung auf den Artikel von Prof. Dr. W. Gundermann in Nr. 1 dieser

Zeitschrift. (Chir. Klin., Elisabeth-Univ., Pécs.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 634—635.) 31, 740.
Sebestyén, Julius, Die Wirkung der periarteriellen Sympathektomie auf den Blutkreislauf. (Chir. Klin., Elisabeth-Univ., Pécs.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 3/6, S. 375—377.) 34, 693.
Vaňysek, F., Sympathektomie durch Radiumemanation. (II. interne klin., univ., Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 11, S. 413—415.) (Tschechisch.) 31, 858.
Wiedhopf, Oskar, Der Verlauf der Gefäßnerven in den Extremitäten und deren Wirkung bei der periarteriellen Sympathektomie. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 11, S. 413—417.) 31, 870.
Zahradnický, Periarterielle Sympathektomie bei tuberkulösen Knochen und Gelenkprozessen. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 40, S. 1441—1444.) (Tschechisch.) 34, 297.

Hals und Nacken.

Allgemeines.

Alden, B. F., Combined satchel handle or tubed pedicle and large delayed whole skin pedicle flaps in a case of plastic surgery of face, neck, and chest. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 493—496.) 33, 709.
Bettman, Ralph B., A survey of the progress of chest surgery in the last twenty years. (Michael Reese hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 447 bis 451.) *
Brickner, Walter M., and Henry Milch, First dorsal, simulating cervical rib, by maldevelopment or by pressure symptoms. (Hosp. f. joint dis., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 38—44.) 31, 157.
Byrne, V. C., An unusual case of surgical emphysema. (St. Vincent's hosp., Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 14, S. 340.) 36, 405.
Cave, A. J. E., Abnormal external jugular vein. (Lancet Bd. 208, Nr. 1, S. 15 bis 16.) 31, 445.
Colmers, Die bisherigen Ergebnisse der Chirurgie des Phrenicus und des Sympathicus. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 52, S. 2143—2145.) 34, 297.
Dabney, Virginius, Infection of the tonsilloglottic region associated with cervical cellulitis. Ten cases with four deaths. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 2, S. 96—98.) 33, 307.
Donadio, Nicola, Topografia e punti di repere della porzione cervicale del nervo frenico, con riferimento alla frenicotomia. (Istit. di anat. umana normale, univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 1/2, S. 121—128.) 31, 820.
Flörcken, H., Kosmetische Rücksichten in der operativen Chirurgie des Halses, der Brust und des Bauches. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 12, S. 463—465.) *
Goetze, Otto, Die effektive Blockade des Nervus phrenicus. (Radikale Phrenicotomie.) (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 595 bis 646.) 31, 819.
Goldschmidt, W., Zur Therapie des Carbunculus nuchae. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 3, S. 99—100.) 31, 156.
Gret, Luis G, Holzphlegmone am Hals behandelt mit Staphylohaptionogen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 28, S. 99—100.) (Spanisch.) 33, 98.
Jazuta, K. Z., Zur topographischen Anatomie der Carotidenarterien. (Anat. Inst., Rostow am Don.) (Anat. Anz. Bd. 59, Nr. 8, S. 148—153.) 32, 104.
Ivanov, I., Über einige Anomalien der großen Halsgefäße. (Anat. Inst., Univ. Rostov a. Don.) (Izvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 85—90.) (Russisch.) 37, 21.
Kelly, A. Brown, Tortuosity of the internal carotid in relation to the pharynx. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 1, S. 15—23.) 31, 157.
Kutamanoff, P., Zur Frage der chirurgischen Anatomie des Nervus phrenicus am Halse. (In Beziehung zur Phrenicotomie.) (Inst. d. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Univ. Charkow.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 1/2, S. 29 bis 43.) 34, 75.
MacGuire, D. Philip, Benign surgical conditions of the neck. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 1, S. 1—5.) 31, 603.
Moncalvi, Lodovico, Grave caso guarito di noma iugo-cervico-toracico consecutivo a edema carbonchioso. (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. 14, H. 6, S. 368—379.) 36, 303.

Ricard, André, Sur un cas de jugulaire interne double. (Laborat. d'anat., fac., Lyon.) (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 25, Nr. 7, S. 171—173.) *

Undritz, W., Über den Einfluß der Unterbindung der Vena jugularis bei experimenteller Sinusthrombose. (Klin. f. Ohren-Nasen-Halskrankh., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 18, H. 2, S. 204—222.) *

Vigevani, Edgardo, Contributo allo studio dei tumori delle guaine tendinee. (Arcisped. di Sant'Anna, Ferrara.) (Atti d. accad. d. scienze med. e nat. di Ferrara Ser. 2, Bd. 2, S. 37—47.) 35, 739.

Tuberkulöse Hals- und Nackenlymphdrüsen.

Bonsdorff, Artur v., Einige Beobachtungen über die Bedeutung universeller Lichtbäder, mit der Quarzlampe bei der Behandlung tuberkulöser Lymphome. (Städt. Krankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 60—72.) 31, 280.

Hanford, J. M., Tuberculosis of the cervical lymph-glands. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 607—612.) *

Korchov, I., Ätiologie, Diagnostik und Klinik der tuberkulösen Lymphadenitis. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 128—135.) (Russisch.) 37, 710.

Reyn, Axel, Röntgen- und Lichtbehandlung tuberkulöser Lymphome. (Klin. f. Hautkrankh. Finsens med. Lichtinst., Kopenhagen.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 2, S. 261—284.) 31, 517.

Zeri, Paolo, La cura tubercolinica delle linfoadeniti tubercolari. (Osp. civ., Avezzano.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 503—522.) 33, 361.

Ductus thoracicus.

Caeiro, José Alberto, Chirurgische Anatomie des Bogens des Ductus thoracicus. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 10, Nr. 120, S. 1367—1380.) (Spanisch.) 34, 74.

Cambresier, La lymphaticostomie. (Hôp. milit., Liége.) (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 4, S. 153—157.) 34, 309.

Cooke, Arthur, Lymphaticostomy in peritonitis. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 309—313.) 33, 484.

Cox, H. Hoyt, and Lewis Barclay Bell, Drainage of the thoracic duct in experimental peritonitis. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 911—916.) 32, 286.

Lehman, Edwin P., and Glover H. Copher, Lymphaticostomy. An experimental and clinical study of thoracic duct drainage in general peritonitis. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., a. city hosp., St. Louis.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 742—750.) 31, 683.

McGuire, Louis D., Drainage of the thoracic duct in peritonitis. (Div. of exp. surg. a. pathol., Mayo found., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 626—630.) 32, 603.

Minkin, S., Die anatomisch-chirurgischen Verhältnisse des Ductus thoracicus zum Nervus sympathicus am Halse. (Inst. d. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 187, H. 3/4, S. 646—651.) 34, 355.

Schultze, Hermann, Über einen Fall von Chylothorax hervorgerufen durch Kompression der Mündungsstelle des Ductus thoracicus durch eine Struma substernalis. (III. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 17, S. 455 bis 456.) 32, 22.

Steinberg, Bernhard, Drainage of the thoracic duct in experimental peritonitis. (Dep. of pathol., school of med., Western reserve univ., Cleveland.) (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 1, S. 83—88.) 32, 765.

Whiteford, C. Hamilton, Lymphaticostomy for peritonitis. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 302—308.) 33, 483.

Caput obstipum.

Clark, William Arthur, Torticollis. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 11, S. 1429—1432.) 34, 574.

Finney, John M. T., and Walter Hughson, Spasmodic torticollis. (Surg. dep., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 255—269.) 31, 603.

Florin, O. W., Ein Fall von angeborenem Schiefhals. (Spitalul Jg. 45, Nr. 4, S. 157 bis 159.) (Rumänisch.) *
Higguet, Le torticolis post-adénectomique. A propos d'un cas. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 10, S. 1028—1031.) 85, 885.
Levin, O. A., Zur Ätiologie des Caput obstipum musculare. (Chir. Fak.-Klin., Staats-Inst. f. med. Wiss., Prof. Rokitzkij, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 57—69.) (Russisch.) 85, 885.
Lopez Albo, Wenceslao, Organische und psychogene Torticollis. (Hosp. civ., Bilbao.) (Rev. méd. de Barcelona Bd. 2, Nr. 9, S. 242—246.) (Spanisch.) *
Rankin, William, Wry neck or torticollis. (Roy. hosp. f. sick childr., Glasgow.) (Glasgow med. journ. Bd. 104, Nr. 6, S. 323—325.) *
Vignolo, Quinto, Di un particolare processo di mioplastica per torcicollo congenito. (Osp. civ., Lucca.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 713—718.) 83, 712.

Halsfisteln, Halscysten und Geschwülste (Aneurysma einschließlich), außer denen der Carotisdrüse.

Alejev, A., Ein Fall von Blutcyste des Halses. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 5, S. 605—607.) (Russisch.) 84, 575.
Balice, Gaetano, Tumore vascolare misto profondo del collo (Angioma-amartoma). Studio clinico, anatomo ed isto-patologico. (Clin. chir., univ., Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. 6, Nr. 10, S. 666—682.) *
Bastos, Teixeira, Hernani Monteiro und Roberto de Carvalho, Un cas rare d'ostéolipome cervical congénital. (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 4, S. 335—339.) 88, 97.
Battaglia, Filippo, Su due casi di linfosarcoma. (Istit. di clin. chir. e. di patol gen., univ., Messina.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 2, S. 113—130.) 84, 575.
Bertwistle, A. P., and J. E. Frazer, Facts and considerations in a study of the thyroglossal tract. With an account of the embryological conditions. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 561—578.) 81, 363.
Burnier et Rejsek, Fistule branchiale cervicale. (Clin. prof. Jeanselme, Paris.) (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 32, Nr. 5, S. 240—242.) *
De Gaetano, Luigi, Su due casi di fistole congenite complete laterali del collo, faringo-cervico-sternali. Contributo alla tecnica per l'estirpazione completa di tali fistole. (Istit. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 38, S. 889—896.) 85, 363.
Del Vicario, Francesco, Su di un caso di cisti del collo di origine branchiogena. (Rass. internat. di clin. e terapia Jg. 6, Nr. 3, S. 164—168.) *
Fedeli, Fedele, I tumori a struttura tiroidea delle regioni laterali del collo. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 2, S. 167—224.) 84, 575.
Finsterer, H., Zur Kenntnis der Blutcysten am Hals. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 4, S. 124—125.) 81, 446.
Hickel, P., Les tumeurs amygdaloïdes polykystiques du cou. (Clin. chir. B, univ., Strasbourg.) (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 2, S. 105—116.) 88, 97.
Jura, Vincenzo, Cisti ematica del collo. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 10, S. 501—520.) 88, 712.
Key, Einar, Ein Fall von Trachealstenose durch eine Halscyste. (Hygiea Bd. 87, H. 20, S. 774—775.) (Schwedisch.) *
Klingenstein, Percy, and Ralph Colp, Congenital cysts and fistulae of the neck. A review of 42 thyroglossal cysts and fistulae. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 854—864.) 84, 75.
Miliani, A., Sull'interpretazione clinica ed istopatologica di un tumore cutaneo del collo. (Associazione di peritelioma e tubercolosi.) (Osp. San Giovanni di Dio, Firenze.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 3, S. 158—172.) 82, 360.
Milone, Sebastiano, Cisti epiteliale del collo. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. per le scienze med. Bd. 47, Nr. 4, S. 228—234.) 84, 575.
Müller, Sofie, Über einen Fall von lateralen Halsfisteln. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 3/6, S. 401—408.) *
Patterson, Norman, The scope of operations on the neck for malignant glands. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 5, S. 303—307.) 82, 361.
Reinecke, R., Erfahrungen über laterale Kiemengangscysten und -fisteln. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 1, S. 99 bis 108.) 88, 96.
Ritter, Louis, La lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale (forme récidivante). (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 7, S. 229—241.) 88, 712.

Shand jr., J. Cappie, Lipoma of the cervical region. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 20, S. 510—511.) *

Simon, R., E. Stulz et R. Fontaine, Les fistules et les kystes congénitaux de la région latérale du cou. A propos de trois cas personnels. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 3, S. 203—258.) 33, 95.

Strozzi, T., Su di un caso di linfangioma cistico a contenuto colesterinico. (Laborat. d'anat., osp. magg., Bologna.) (Giorn. di clin. med. Jg. 6, H. 10, S. 361—370.) 33, 96.

Yocom jr., Albert L., Epithelioma of the face, head and neck. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 6, S. 224—229.) 37, 492.

Halsrippen.

Bertelsmann, Richard, Zur Ursache der Beschwerden bei Halsrippen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 24, S. 1298—1299.) 32, 361.

Cherki, M., Un cas de côtes cervicales. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 9, S. 398.) *

Kroll, M., Das Halsrippensyndrom. (Beitrag zur Pathologie des Armplexus.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 94, H. 4, S. 449—461.) 33, 98.

Ricaldoni, A., et J.-C. Pla, Le diagnostic des „côtes cervicales". Troubles cachés de la circulation de retour décelés par la mesure de la tension veineuse. (Clin., fac. de méd., univ., Montevideo.) (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 27, S. 1187—1199.) 33, 712.

Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre.

Anatomie und Physiologie.

Sorkina, A., Ein Fall von subcutaner Ruptur der Trachea. (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 216—218.) (Russisch.) 38, 31.

Untersuchungsmethoden. Allgemeine Pathologie und Chirurgie der oberen Luftwege.

Belinoff, S., Oesophagoskopische und bronchoskopische Beobachtungen über Fremdkörper in Luft- und Speiseröhre. (Ann. de l'univ., Sofia Bd. 4, S. 187—267.) (Bulgarisch.) *

Botey, Ricardo, L'extirpation totale du larynx par la méthode à lambeau de base supérieure. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 7, S. 665—672.) 33, 238.

Castro Escalada, Martín, Über Larynxfrakturen. (Rev. española y americ. de laringol., otol. y rinol. Jg. 16, Nr. 5, S. 273—286.) (Spanisch.) 35, 546.

Charschak, M. J., Zur Frage der Komplikationen seitens des Kehlkopfes bei Fleckfieber und deren Behandlung. (Russkaja oto-laryngologia Jg. 1925, Nr. 1, S. 1 bis 17.) (Russisch.) *

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 6. Bd. 4. — Brüning, F., Die Chirurgie der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und des Rachens. — Soerensen, J., Die Chirurgie des Kehlkopfes und der Luftröhre. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. 358 S. u. 23 Taf. RM. 21.—.) 34, 293.

Colledge, Lionnel, Est-il possible au moyen d'une anastomose nerveuse de rendre la mobilité à une corde vocale paralysée? (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 46, Nr. 8, S. 253—258.) 33, 237.

Erath, John, Symptômes oto-rhino-laryngologiques de la maladie de Basedow fruste. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 46, Nr. 10, S. 343—346.) 32, 826.

Funk, Elmer H., The contraindications to bronchoscopy. (Dep. of med. a. dep. of bronchoscopy, Jefferson hosp., Philadelphia.) (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 2, S. 209—212.) 31, 919.

Hellmann, Karl, Über stumpfe Verletzung des Kehlkopfes durch Strangulation. (Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkranke, Münster i. W.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13, H. 1, S. 115—128.) 34, 640.

Hill, Roland, Fracture of the larynx. (St. Luke's hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1321—1325.) 34, 19.

Jackson, Chevalier, Gabriel Tucker, Louis H. Clerf, Robert M. Lukens and William F. Moore, Bronchoscopy as an aid to the thoracic surgeon. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 2, S. 97—103.) 31, 292.

Leotta, N., Processo di laringectomia con ricostituzione autoplastica della breccia faringo-esofagea. (Istit. di clin. chir., univ., Bari.) (Valsalva Jg. 1, H. 6, S. 209 bis 214.) **33**, 238.

Lukens, Robert M., Bronchoscopic syringe. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 716.) *

Lukens, Robert M., Bronchoscopic specimen collector. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 9, S. 717.) *

Nixon, J. W., Spontaneous subcutaneous rupture of the trachea. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 16, S. 1221.) **34**, 695.

Urbani, Lucio, Metodo di autoplastica post-laringostomica. (Valsalva Jg. 1, H. 4, S. 134—138.) **34**, 641.

Fremdkörper der oberen Luftwege.

Agazzi, Benedetto, Apparecchio di protesi dentaria penetrato in un bronco. Estrazione mediante broncoscopia. Guarigione. (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 5, S. 511—516.) *

Bergis, R., Corps étrangers de l'œsophage et des bronches. (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. **28**, Nr. 5, S. 186—191.) *

Bijtel, J., Krankheits- und Sterblichkeitsziffer bei Fremdkörpern in den unteren Luftwegen. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, S. 1888—1892.) (Holländisch.) **34**, 20.

Dobrzański, Antoni, Über die in den Bronchien aufquellenden Fremdkörper bei Kindern und ihre Entfernung mittels Bronchoskopie. (Klin. oto-laryngol., uniw., Lwów.) (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 31, S. 710—713.) (Polnisch.) *

Emeljanov, D., Zur Kasuistik der Bronchialfremdkörper. (Zurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. **2**, Nr. 11/12, S. 638—640.) (Russisch.) *

Ferretti, Corrado, Sopra un caso di corpo estraneo nel bronco destro. (Clin. oto-rino-laringol., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 22, S. 523—525.) *

Guisez, Jean, Des corps étrangers d'origine dentaire dans l'œsophage et les voies aériennes, leur extraction par la broncho-œsophagoscopie. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 25, S. 402—408; Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. **28**, H. 3, S. 97—118.) **32**, 882.

Jackson, Chevalier, and Walter Estell Lee, Acute massive collapse of the lungs. A discussion of its mechanism and of its relation to foreign bodies in the bronchi and post-operative complications. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 364—389.) **34**, 84.

Jackson, Chevalier, and Thomas McCrae, Discussion on overlooked cases of foreign body in the air and food passages. (Brit. med. journ. Nr. **3381**, S. 686 bis 698.) **34**, 356.

Laskiewicz, A., Ein Fall einer Gewehrkugel im rechten Bronchus bei einem Kinde. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 47, S. 994—995.) (Polnisch.) *

Newman, Morris E., Two interesting foreign body cases. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 2, S. 157—159.) *

Patterson, Ellen J., Rabbit rib in bronchus of infant. Report of case with bronchoscopy and recovery. (Presbyterian hosp., Allegheni gen. hosp. a. Western Pennsylvania hosp., Pittsburgh.) (Arch. of otolaryngol. Bd. **1**, Nr. 5, S. 521—523.) *

Postjoeff, J. J., Zur Frage über Fremdkörper. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 7, S. 589 bis 590.) (Russisch.) *

Schneider, N. A., Aus der Klinik der Bronchoskopie. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., II. Staatsuniv. Moskau, Dir. Prof. L. I. Sveržewskij.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. **2**, Nr. 11/12, S. 631—637.) (Russisch.) **35**, 546.

Tucker, Gabriel, and Louis H. Clerf, Foreign bodies in the air and food passages. (Bronchoscop. clin., Philadelphia.) (Ann of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. **34**, Nr. 1, S. 5—78.) *

Velikoretzkij, A. N., Die Tracheotomiekanüle als Fremdkörper der Luftwege. (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 4, S. 426—430.) (Russisch.) **36**, 186.

Wiškovský, B., Tracheobronchiale Fremdkörper. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 1, S. 1—5 u. Nr. 2, S. 56—61.) *

Laryngocele, Trachealfisteln.

Loebell, H., Zur Operation der Oesophagotrachealfistel. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Marburg.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **11**, H. 3, S. 377—382.) **33**, 313.

Ssitkowskij, P., Zur Kasuistik der Lungen-, Bronchial- und Trachealfisteln. (Chir. Klin., Mittelasiat. Univ., Taschkent.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 385—387.) (Russisch.) **35**, 320.

Westergren, Alf., und Allan Ragnell, Zwei Fälle mit fistulösen Verbindungen zwischen Oesophagus und Atmungsorganen, ausgehend von eingeschmolzenen mediastinalen Lymphadenitiden. (Pathol. Abt., Karolin. Inst. u. II. med. Klin., Serafimerlaz., Stockholm.) (Acta med. scandinav. Bd. 62, H. 3/4, S. 319—333.) (Schwedisch.) *

Larynx- und Trachealstenosen und ihre Behandlung.

Baum, Harry L., A new procedure for the postoperative care of laryngostomy. (Arch. of otolaryngol. Bd. 2, Nr. 6, S. 581—583.) **35**, 392.

Bókay, János, Wann soll bei Croup operiert werden? Meine Erfolge mit Intubation bei Croup-Patienten unter zwei Jahren. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 51, S. 1237 bis 1241.) (Ungarisch.) **34**, 358.

Bondarenko, A., Über Larynxstenose und ihre Therapie. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., Staatsuniv. Saratow, Dir. Prof. M. F. Zytowič.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosowych boleznej Bd. 2, Nr. 11/12, S. 659—668.) (Russisch.) **35**, 547.

Bowers, Chester, Obstruction of a main bronchus with report of an unusual case. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 2, S. 119—127.) **32**, 707.

Büch, E., Zur Dehnungsbehandlung der Kehlkopfstenosen. (Städt. Krankenanst., Essen.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 11, H. 2, S. 177—180.) *

Connerth, O., Zur operativen Behandlung des Diphtheriecroups im ersten und zweiten Lebensjahre. (Univ.-Kinderklin., Greifswald.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 5, S. 188.) **31**, 447.

Halperin, J. A., Zur pathologischen Histologie einiger posttyphöser Larynxstenosen. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nervenkrankh. Staats-Med. Hochsch., Charkoff, Direktor: Prof. S. G. Suruktschy u. pathol.-anat. Abt., Inst. f. laborat. Diagnostik, Prof. B. Ehrlich.) (Žurnal ušnych gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 9/10, S. 527 bis 535 u. Russkaja oto-laryngologýa Bd. 2, Nr. 5, S. 365—371.) (Russisch.) *

Iwanoff, A., Über die Therapie der Larynxstenosen. (Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., I. Staatsuniv., Moskau, Prof. A. Iwanoff.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 9/10, S. 445—462.) (Russisch.) **35**, 391.

Kaiser, Fr. J., Konservative oder operative Behandlung, Tracheotomie oder Intubation bei diphtherischer Larynxstenose? (St. Marienhosp., Soest i. Westf.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 32, S. 1323—1324.) **33**, 580.

Key, Einar, Ein Fall von Trachealstenose durch eine Halscyste. (Hygiea Bd. 87, H. 20, S. 774—775.) (Schwedisch.) *

Koehn, E., Zur Frage der operativen Behandlung des Croups bei Säuglingen und Kleinkindern. (Städt. Kinderkrankenh., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 27, S. 1119.) **33**, 237.

Lissovskaja, L., Über den Verschluß von Trachealfisteln nach der Tracheotomie wegen posttyphöser Kehlkopfstenose. (Chir. Univ.-Klin., Rostov am Don, Prof. N. Bogoras.) (Medicinskaja mysl Nr. 8/10, S. 21—24.) (Russisch.) **36**, 504.

Reiche, F., Über die Vermeidung operativer Eingriffe bei der Behandlung des Croups. (Allg. Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 7, S. 238 bie 239.) **31**, 447.

Theisen, Clement F., Report of a case of congenital stenosis of the larynx in a three-year-old child. (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 2, S. 384—388.) *

Tichomirov, S., Zur Klinik und Therapie der posttyphösen Larynxstenosen. (Klin. f. Ohren-, Hals- u. Nasenkrankh., med. Hochsch., Charkov, Dir. Prof. S. G. Surukčy.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 11/12, S. 647—658.) (Russisch.) **35**, 547.

Tucker, Gabriel, Laryngostomy for laryngeal stenosis. (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 2, S. 157—166.) **32**, 707.

Aktinomykose, Tuberkulose, Lues, Sklerom des Larynx, der Trachea und der Bronchialdrüsen.

Bassenko, L. E., Die Grundlagen der Behandlung des Dysphagie und klinische Beobachtungen über die Resektion des N. laryngeus sup. bei Kehlkopftuberkulose. (Laryngol. Stat., I. Sowjet-Tuberkul.-Inst. am Volksgesundheitsamt, Moskau.) (Voprosy tuberkuleza Bd. 3, H. 3, S. 28—33.) (Russisch.) **34**, 20.

Baurowicz, A., Die chirurgische Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 30, S. 696—698.) (Polnisch.) **34**, 21.

Čikunov, E., Ein Fall von Larynxsklerom. (Gouvernement-Krankenh., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 346—351.) (Russisch.) *

Fraenkel, Eugen, Über Luftröhrensyphilis. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 9, S. 335—337.) *

Hirsch, Caesar, Über die chirurgische Behandlung der Kehlkopftuberkulose. (Marienhosp., Stuttgart.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 23, S. 934 bis 936.) 33, 579.
Loebell, Helmut, Halbseitige Kehlkopfexstirpation bei Tuberkulose infolge Fehldiagnose Chondrom. (Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskranke, Marburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 473—482.) *
Rodger, T. Ritchie, Tracheotomy in tuberculous laryngitis. (Ear a. throat dep., roy. infirm., Hull.) (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 10, S. 639—645.) 34, 358.
Ssavkov, N. M., Über das peptische Dünndarmgeschwür. (Krankenh., Penca.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 459.) (Russisch.) *
Stawraki, S., Einige Beobachtungen über die Resektion des Nerv. laryng. sup. wegen Dysphagie bei Tuberkulösen.) (Tuberkuloseinst., Kijev.) (Žurnal ušnych, gorlovych i nosovych boleznej Bd. 2, Nr. 3/4, S. 150—157.) (Russisch.) 34, 21.
Steinmann, C.-B., Les méthodes actuelles du traitement de la dysphagie dans la tuberculose du larynx. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 12, S. 1222—1229.) 36, 186.
Swetlow, George J., The injection of the superior laryngeal nerve with alcohol for the relief of pain in laryngeal tuberculosis. (Montefiore hosp. f. chronic dis., New York.) (Americ. review of tubercul. Bd. 12, Nr. 3, S. 189—196.) *
Wessely, E., Eine neue Methode bei Behandlung der Tuberkulose der oberen Luftwege mittels lokal applizierten künstlichen Lichtes. (Laryngol. Klin., Univ. Wien.) (Strahlentherapie Bd. 19, H. 6, S. 1079.) *

Geschwülste des Larynx und der Trachea.

Botey, Ricardo, L'exstirpation totale du larynx par la méthode à lambeau de base supérieure. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 7, S. 665—672.) 33, 238.
Botey, Ricardo, Die Lappenbildung mit der Basis oben, mit und ohne Erhaltung der Muskulatur bei der Kehlkopftotalexstirpation. (I. congr., asoc. hispano-americ. de otorinolaryngol., Zaragoza, 11.—14. IV. 1925.) (Rev. española de med. y cir. Jg. 8, Nr. 85, S. 397—401.) (Spanisch.) 33, 581.
Burger, H., und L. Kaiser, Sprache ohne Kehlkopf. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 8, S. 906—917 u. Acta oto-laryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 90—116.) (Holländisch.) 33, 581.
Butoianu, M., und Stoian, Totale Laryngektomie bei Kehlkopfkrebs. (Spit. milit. „Regina Elisabeta", București.) (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 1, S. 1—8, Nr. 3/4, S. 39 bis 41, Nr. 5, S. 65—76 u. Nr. 6, S. 97—104.) (Rumänisch.) 34, 642.
Chiloff, C.-L., Contribution à l'étude du développement du langage chez les laryngectomisés. (Clin. oto-rhino-laryngol., acad. milit. de méd., Leningrad.) (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. 46, Nr. 17, S. 581—598.) *
Davis, Kenneth S., Primary carcinoma of the trachea. (Radiology Bd. 5, Nr. 4, S. 342—343.) *
Dutheillet de Lamothe, Remarques à propos de l'étiologie des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 12, S. 1230—1233.) 35, 392.
Ferreri, Gherardo, Le cancer du larynx chez la femme. (Arch. internat. de laryngol., otol.-rhinol. et broncho-oesophagoscopie Bd. 4, Nr. 8, S. 897—921.) *
Gavello, G., La diagnosi precoce del cancro della laringe, della faringe e dell'esofago. (Istit. di clin. oto-rino-laringoiatr., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 22—29.) *
Hajek, M., Der Larynxkrebs. (Laryngo-rhinol. Klin., Univ.-Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 2, S. 101—107.) *
Harmer, Douglas, The treatment of malignant tumours of the upper air-passages by diathermy. (Acta oto-laryngol. Bd. 7, H. 4, S. 466—470.) 35, 388.
Harris, Thomas J., and H. H. Forbes, Carcinoma of the trachea. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 1, S. 53 u. 84.) 33, 238.
Iljašenko, N., Über die Larynxexstirpation beim Carcinom. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. des Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 110—111. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) *
Leotta, N., Processo di laringectomia con ricostituzione autoplastica della breccia faringo-esofagea. (Istit. di clin. chir., univ., Bari.) (Valsalva Jg. 1, H. 6, S. 209 bis 214.) 33, 238.
Leyro Diaz, Jorge, Kritik an der Tracheotomie bei Larynxkrebs. (Bol. del inst. de med. exp. Jg. 1, Nr. 8, S. 746—751.) (Spanisch.) 35, 153.

Moore, Irwin, Cartilaginous tumours of the larynx. (A study of all the recorded cases.) (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 1, S. 9—14, Nr. 2, S. 84—108, Nr. 3, S. 145 bis 164.) *

Nassau, Charles F., Closure of laryngostomic fistulas. (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 6, S. 632—637.) 34, 78.

Schlesinger, Ernst, Zur Behandlung maligner Tumoren der oberen Luftwege. (Folia oto-laryngol., I. Tl. Orig.: Zeitschr. f. Laryngol., Rhinol. u. ihre Grenzgeb. Bd. 13, H. 3, S. 273—275.) 33, 238.

Ševandin, M., Über die operative Therapie des Kehlkopfkrebses. (Krimski medicinski archiv Jg. 2, Bd. 1, Nr. 3, S. 517—527.) (Russisch.) 38, 32.

Simont, D., Totale Kehlkopfexstirpation wegen Krebserkrankung. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 108 bis 110.) (Russisch.) 36, 504.

Tanturri, Vincenzo, Considerazioni sulla laringectomia. Contributo clinico. (Clin. otorinolaringol., univ., Milano e sanat. chir., „Villa Luz", Madrid.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 6, S. 564—588.) 33, 580.

Tapia, A. G., Large „pharyngostomes": A complication of laryngectomy. How to avoid them: The technique of their closure. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 12, S. 781—788.) 34, 78.

Thomson, St. Clair, Ecchondrosis of the larynx: Records of two cases successfully treated by laryngo-fissure. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 1, S. 1—8.) *

Waggett, E. B., Chondroma of the cricoid cartilage of the larynx. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. 40, Nr. 1, S. 27.) *

Winter, Pierre, Les laryngectomies économiques (chirurgie du larynx „à la demande des lésions"). (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. 44, Nr. 9, S. 917—945.) 34, 77.

Wojatschek, W. S., Das Problem der Therapie der bösartigen Geschwülste der oberen Luftwege und der Speiseröhre. (Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Milit.-med. Akad., Prof. W. Wojatschek, Leningrad.) (Journal uschnych, gorlowych i nossowych bolesnej Bd. 2, Nr. 1/2, S. 1—31.) (Russisch.) 32, 708.

Schilddrüse, Nebenschilddrüse, Basedowsche Krankheit, Thymus.

Übersichtsreferat.

Von

Theodor Kocher, Bern.

Basedow.

Ätiologie.

Verf. hat im Ergänzungsband zu Bd. I des Handbuches für spez. Pathologie und Therapie innerer Krankheiten von Kraus und Brugsch die Ätiologie der Basedowschen Krankheit neuerdings zusammengefaßt und präzisiert. Es handelt sich um drei Arten von Ursachen, die die Krankheit auslösen: 1. Chemischtoxische spezifische Ursachen, wie Jod. 2. Infektiöse Ursachen. 3. Neurogene Ursachen, besonders auf dem Gebiete des vegetativen Nervensystems. Diese Ursachen erzeugen durch ihre Einwirkung auf die Schilddrüse die Krankheit, unter bestimmten Bedingungen. Diese Bedingungen können gegeben sein, durch vermerte physiologische Tätigkeit der Schilddrüse im Moment der ursächlichen Einwirkung, durch kongenitale Disposition der Schilddrüse selbst (Struma adenomatosa congenita), durch akute Thyreoiditis, durch spezifische Entzündung der Schilddrüse. Die Bedingung zur Entstehung der Basedowschen Krankheit kann auch im Nervensystem selbst gelegen sein, dadurch, daß bei Einwirkung oben genannter Ursachen das Nervensystem, speziell das sympathische, sich in abnormer Erregung befindet. Endlich können die Bedingungen zur Entstehung der Krankheit bei Einwirkung der genannten Ursachen in einer Veränderung anderer innersekretorischer Drüsen (Ovarium, Nebennieren, Thymus) gelegen sein.

Zur Aufklärung der ätiologischen Beziehungen zwischen Schilddrüse und Nervensystem, speziell dem sympathischen, haben Achard, Sainton und Marañon Arbeiten geliefert. Manginelli bespricht an Hand eines akut, nach Thyreoiditis, entstandenen Basedows die Ätiologie. Er kommt zum Schluß, daß zum Zustandekommen eines Basedow zwei Momente gehören: Degeneration oder Reizung des vegetativen, sympathischen Nervensystems und eine Dys- oder Hyperthyreose.

Was die ätiologischen Beziehungen der anderen endokrinen Drüsen, außer der Schilddrüse, zur Basedowschen Krankheit anbetrifft, so gewinnt die Ansicht immer mehr an Boden, daß es keine typische Basedowsche Krankheit gibt, ohne Beteiligung der Schilddrüse. Während Lick sagt, daß die Thymustheorie der Basedowschen Krankheit sich nicht weiter aufrecht erhalten lasse und Melchior angibt, daß die Abkehr von der Thymusexstirpation bei Basedow sich praktisch vollzogen zu haben scheine, halten Klose und Hellwig sowie Haberer und Holzweissig daran fest, daß es einen thymogenen Basedow, ohne Beteiligung der Schilddrüse, gebe. Hellwig und Klose haben einen diesbezüglichen Fall publiziert, der jedoch nicht beweisend ist. Weitaus die Mehrzahl der Autoren hält die Beteiligung der anderen endokrinen Drüsen, außer der Schilddrüse, für sekundär den Veränderungen der letzteren subordiniert. Diesbezügliche Arbeiten lieferten Holst, Mendel und Bittorf. Letzterer macht speziell darauf aufmerksam, daß keine der Veränderungen der andern endokrinen Drüsen sich konstant finde. Dagegen ist, wie dies Verf. in der obengenannten Arbeit genau auseinandersetzte, eine vorgehende Veränderung anderer endokriner Drüsen relativ häufig vorhanden und wirkt dann disponierend für den Ausbruch der Basedowschen Krankheit. Diesbezügliche Arbeiten sind erschienen von Isuji, Marine, Baumann, Shapiro und Mendel. Keine der anderen endokrinen Drüsen, außer der Schilddrüse, ist jedoch befähigt, von sich aus allein basedowogen zu wirken.

Ein Fall, der die ätiologischen Beziehungen des Nervensystems zur Krankheit sehr gut darstellt, wurde von Kaspar und Süssig publiziert. Die Verff. glauben, daß es sich um einen Fall von Pseudo-Hyperthyreoidismus gehandelt habe, der mit der Schilddrüse nichts zu tun gehabt habe. Dies ist jedoch durch den Verlauf durchaus nicht bewiesen, indem der Basedow durch alleinige Exstirpation des Neuroblastoms nicht geheilt wäre, wenn nicht vorher die Strumaoperation gemacht worden wäre. Es handelt sich da um Ursache und Bedingung der Krankheit.

Für die Beziehungen des Basedow zu den spezifischen chronischen Infektionen haben Sergent und Mignot einen Beitrag geliefert. Sie fanden, namentlich bei initialer Tuberkulose, häufig Hyperthyreoidismus, dagegen umgekehrt bei typischem Basedow selten Tuberkulose. Es handelt sich eben hier nur um Thyreotoxikosen und nicht um eigentlichen fortschreitenden Basedow (Verf.).

Brodsky hat bei Basedow, durch Transplantation normaler Schilddrüsen von Ziegen, Besserung erzielt und nimmt deshalb bei Basedow einen Dysthyreoidismus an. Verf. hat schon vor 20 Jahren mehrere Transplantationen bei operierten Basedowkranken gemacht, es handelt sich um solche Fälle, deren Schilddrüse resp. Struma sich zum Teil wenigstens im degenerativen Stadium befand und eine normale Funktion, nach partieller Exstirpation, nicht zu erwarten war, hier wirkte die Transplantation von normalen Drüsenstücken gut.

Die Frage, ob bei Basedow eine Hyper- oder Dysthyreose besteht, dauert in der Literatur fort und wird verschieden beantwortet. Verf. hat auf die Verschiedenheit des histologischen Befundes und namentlich auf die verschiedenen histologischen Stadien hingewiesen. Es handelt sich allerdings zum Teil um eine veränderte Schilddrüsenfunktion, um sog. Dysthyreodismus, womit aber nichts weiter erklärt ist.

Nachdem sie schon zuvor kurze Mitteilung über gute Wirkung von Jod bei Fällen von Basedow gemacht hatten, haben Plummer und Boothby aus der Mayo-Klinik an zehn Beispielen die Wirkung des Jods genauer beschrieben und an Hand dieser Er-

fahrungen die Theorie aufgestellt, daß es sich beim sog. primären Basedow um einen Dysthyreoidismus handle, d. h. um die Sekretion eines abnormen, zu wenig jodierten Thyroxins, in abnormer Menge, daß es sich nur bei der Struma basedowificata um reinen Hyperthyreoidismus hand.e. Im ersteren Falle bewirke die Darreichung von Jod eine normale Jodierung des Thyroxins und daher eine Besserung. Allerdings und merkwürdigerweise empfehlen diese Autoren Jod nur zur Vorbereitung für die Operation und nicht zur Behandlung des Basedow. An diese amerikanischen Publikationen hat sich nun sowohl in Amerika als in Europa eine wilde Jodbehandlung des Basedow angeschlossen. Inwieweit dieselbe zum Wohle der in unserem nervösen Zeitalter so zahlreichen Basedowkranken sein wird, muß die Zukunft lehren. Der eine Teil der Autoren beschränkt sich auf die Anwendung des Jods zur Vorbereitung für die Schilddrüsenoperation des Basedow: Catell, Clute, Blackford, Mason, Jackson, Pool, Penberton, Shepherd, Westerborn. Die Berichte dieser Autoren sind sehr verschieden; von einer durchschlagenden, alle Fälle betreffenden guten Wirkung kann kein Autor berichten. Ebenso ist durch Jod, wenn untersucht worden ist, keine einheitliche Veränderung im histologischen Bilde gefunden worden, auch stimmte die histologische Veränderung keineswegs immer mit der klinischen (Catell). Verf. hat die möglichen Wirkungen an drei Schulfällen dargestellt und gezeigt, daß es sich eben nicht nur um das Jod, sondern auch um konkomitierende Umstände handelt. Neisser hatte, schon vor den Publikationen der Mayoschen Klinik, auf eine zeitweise gute Wirkung von Jod bei Basedow hingewiesen. Er ist seither von der Empfehlung des Jods zur Behandlung des Basedow schon etwas zurückgekommen, da er später Verschlimmerungen sah. Das Experiment ist aber, wie ja eigentlich von jeher, seither wieder von zahlreichen Autoren gemacht worden: Kohlmann, Biedl und Redisch, Springborn, Tate Mason berichten über gute Erfolge. Viele Autoren sahen gute und schlechte Wirkung: Lahey, Fraser. Einige sahen keine Schädigungen, Plummer und Boothby behaupten sogar, bei 600 Fällen keine Schädigung gesehen zu haben. Bedeutend vermehrt haben sich aber die Mitteilungen von Schädigungen durch Jod, wobei es an letalen Fällen nicht fehlt: Rennhold, Eimer, Homburger, Bircher, Richter, Tobler, Roth, Redlich, Viessmann, Wiesel. Es fällt auf, daß die Autoren, die gute Wirkung sahen, in Amerika zahlreicher sind, diejenigen, die schlechte Wirkung beobachteten, in Europa weit überwiegen. Die eine Tatsache bestreitet allerdings niemand, daß der Jodbasedow Kochers zu Recht besteht und ein Vollbasedow durch Jod erzeugt werden kann.

Zur pathologischen Anatomie des Basedow haben Beiträge geliefert: Roussy, Falk, Klose, Kiyono. Es handelt sich um volle Bestätigung der Befunde des Verf., die er 1902 zuerst beschrieben hat. Falk gibt an, daß jedem typischen Fall von Basedow auch ein typischer histologischer Befund in der Schilddrüse entspricht. Roussy macht besonders aufmerksam auf Herde eosinophiler Zellen in der Basedowstruma. Klose beschreibt die Basedowifizierung einer Struma durch eine Metastase eines Hypernephroms. Kiyono fand Riesenzellbildung in der Basedowstruma und lymphocytäre Infiltration in den Ganglien des Halssympathicus.

Symptomatologie.

Ganter bespricht die sympathico- und vagotonischen Symptome, er findet, daß zu viele Symptome als sympathico- und vagotonisch bezeichnet werden. Über die Veränderungen der Magensekretion bei Basedow haben Badylkes, Lockwood und Verf. berichtet. Im allgemeinen findet sich bei schweren Fällen Hypo- bis Anazidität und sogar Achylie.

Über die Herzstörungen bei Basedow hat Bickel eine zusammenfassende Arbeit geschrieben. Pardee, Hamilton und Benjamin haben Fälle mit schweren Koordinationsstörungen (Vorhofflimmern) publiziert, als thyreotoxisches Vorhofflimmern. Es wird die Behandlung mit Digitalis und Chinidin empfohlen. Wir haben von diesen

Mitteln keinen Dauererfolg gesehen. Bei sorgfältigem Vorgehen können diese Fälle doch oft noch operiert werden und dadurch geheilt werden.

Zur Pathogenese des Exophthalmus haben Wölflin, Unverricht, Goldscheider, Schilf und Heinrich Beiträge geliefert. Sie lehnen einen wesentlichen Einfluß des Nervus sympathicus auf das Zustandekommen des Exophthalmus ab. Goldscheider spricht von einer retrobulbären Flüssigkeitsansammlung.

Die Bestimmung des respiratorischen Gaswechsels hat sich zur Feststellung des gesamten Stoffwechsels bei Basedow im ganzen gut bewährt. Die Methode ist auch in Europa häufiger angewandt worden. Daß sie jedoch ein sicheres Mittel zur Diagnose und Prognosestellung beim Basedow darstellt, ist nicht richtig. Sie kann als Hilfsmittel mit den anderen Methoden wertvolle Resultate zeitigen. Jessen, Steiner, Bonkaert, Pollitzer und Stolz, Riedl, Mohler, Jordan empfehlen die Methode klinisch und auch zur Beurteilung der Wirkung der eingeleiteten Therapie. Liebesny empfiehlt die Kontrolle durch die Gasstoffwechselbestimmung bei Jodverabfolgung. Kunde fand die Herabsetzung des Gasstoffwechsels nicht parallel mit der Besserung der Krankheit. Danzin und Levin halten die Bestimmung des Gasstoffwechsels für nicht brauchbar für die Bestimmung der Prognose. Über Blutuntersuchungen bei Basedow berichten Georgopoulos, Liebig und Niederberger. Während Liebig die Bedeutung der Blutuntersuchung für die Diagnose und Prognose des Basedow bestätigt, verwirft Niederberger ihre Brauchbarkeit.

Therapie.

Operative Therapie. Im allgemeinen hat die operative Behandlung der Basedowschen Krankheit stets an Boden gewonnen und sich mehr und mehr Anhänger erworben. Auf dem 31. italienischen Kongreß für innere Medizin wurde für alle mittelschweren Fälle, welche sich durch interne Therapie nicht rasch bessern, die Operation empfohlen, nicht jedoch für die schweren Fälle, der noch ungünstigen Prognose halber. Auch die Mehrzahl der deutschen Internen steht auf dem Standpunkt, daß, wenn nicht rasche Besserung eintritt, operiert werden soll. Curschmann hält die Operation für die beste Therapie. In Amerika wird namentlich für die Frühoperation eingetreten. Nach Angabe der obengenannten Autoren, welche die Vorbehandlung der zu operietenden Basedowfälle mit Jod empfehlen, soll diese Methode die Prognose der Operation verbessern. Es sollen weniger preliminäre Ligaturen (nach Kocher) notwendig sein. Immerhin empfehlen Shepherd und Lahey die preliminäre Ligatur in allen schweren Fällen. Verf. ist derselben Ansicht. Auch in Frankreich haben die Befürworter der Operation an Zahl bedeutend zugenommen unter der Führung von Bérard, der für die Frühoperation eintritt. Von verschiedenen Autoren sind ihre Operationsstatistiken publiziert worden (Liebig, Lieck, Holzweissig, Richardson). Die Mortalität betrug 5 bis 14%. Sudeck publiziert acht Fälle und Walter sieben Fälle von sogen. Totalexstirpation ohne Ausfallsserscheinungen. Wir haben im Lehrbuch von Kraus und Brugsch Stellung zu dieser Operation und dem sogen. Fehlen von Ausfallserscheinungen genommen. Entweder ist die Operation eben keine Totalexstirpation, was meist der Fall ist, oder dann stellen sich auch sicher, trotz Fütterung mit Thyreoidea, Ausfallserscheinungen ein, wie wir uns überzeugen konnten. Isler publiziert im Gegensatz dazu eine Reihe von Fällen, die durch bloße Ligaturen mehrerer Arterien geheilt sind, wie wir und Rogers dies auch getan haben. Im allgemeinen wird die beidseitige Resektion der Struma basedowiana als Methode der Wahl bezeichnet. Es besteht in dieser Beziehung eine gewisse Unklarheit bei den Chirurgen. Es wird gewöhnlich die halbseitige Totalexstirpation einer Struma (basedowiana und gewöhnliche) als Kochersche Operation bezeichnet. Nun hat aber Theodor Kocher schon seit 1892 diese Methode ganz aufgegeben gehabt und dafür als seine klassische Methode die Enucleationsresektion für Struma nodosa und die Exzisionsresektion für Struma diffusa, namentlich basedowiana, empfohlen.

Der verstorbene Basler Chirurge Hotz hat denn auch mit vollem Recht die beidseitige (subtotale) Resektion und auch die beidseitige Enukleationsresektion als beidseitige Kochersche Strumaoperation bezeichnet. Theodor Kocher hat auch tatsächlich in vielen Fällen, auch bei schweren Basedows, diese Opetation beidseitig ausgeführt, aber nur zweizeitig, d. h. in zwei Operationen. Das Neue der beidseitigen Resektionen ist also nur das Einzeitige. Was nun aber heutzutage meist als beidseitige Resektion gemacht wird, ist eine teilweise Resektion beiderseits. Wir sehen jetzt zahlreiche beidseitig operierte Fälle, wo beiderseits noch recht ansehnliche Strumareste vorhanden sind (und oft Rezidive bestehen), die aber meist sehr fest, derb, also zum Teil narbig sind. Wir bleiben dabei, daß eine ausgedehnte Kochersche Resektion einer Strumahälfte mit evtl. Ligatur auf der andern Seite, dieser beidseitigen partiellen Resektion, weit vorzuziehen ist, da sich der Drüsenrest viel eher normalisiert. Für schwere Fälle muß dagegen hie und da auch auf der zweiten Seite die Kochersche Resektion gemacht werden. Wir ziehen dann aber diese in einer zweiten Sitzung der einzeitigen Operation weit vor. Sundelin hat 138 operierte Fälle publiziert. Da er bei seinen Operationen keine Unterbindung der Arteria inferior gemacht hat, nehmen wir ohne weiteres an, daß es keine sehr schweren Fälle waren. Sundelin sagt, daß die halbseitige Operation eine „halbe Behandlung" sei. Nach dem oben Gesagten ist für das Gros der Basedowfälle die Normalisierung der restierenden, evtl. ligierten Drüsenhälfte erwiesen, wir möchten daher die obige Bezeichnung der halbseitigen Operation als „halbe Behandlung" durch eine „halbe Kenntnis" der Tatsachen erklären.

Der Operation am Halssympathicus bei Basedow muß hier noch Erwähnung getan werden, da dieselbe neuerdings wieder häufiger zur Anwendung gekommen ist. Es wurden Fälle publiziert von Bérard, Chalier, Jakovlivic, Kosanovic, Patel und Partsch. Die Resultate werden verschieden beurteilt. Sehr auffällig ist der Fall, den Patel publiziert. Es ist ein vor 26 Jahren von Jaboulay (der die Operation am Sympathicus angegeben hat) operierter Fall. Derselbe ist dauernd geheilt, das einzige Symptom, das nicht beeinflußt wurde, ist merkwürdigerweise der Exophthalmus (siehe darüber auch oben, bei den Symptomen). Die oben genannten Autoren sahen meist Besserung, oft bedeutende Besserung. Partsch erwähnt speziell die Besserung bis Heilung des Exophthalmus und empfiehlt die Operation als Hilfsoperation neben der Schilddrüsenoperation. Er fand an den exstirpierten Sympathicusganglien keine Veränderung. Schilf und Heinrich, sowie Kiyono haben experimentell nachgewiesen, daß die Resektion des Sympathicus auf die Größe der Schilddrüse durchaus keinen Einfluß habe, während Reinhard experimentell durch Reizung des Sympathicus eine Vergrößerung und durch Resektion eine Verkleinerung der Schilddrüse beobachtete. Klinisch fand er, nach der Resektion des Sympathicus, ein Verschwinden der Struma. Wichtig und interessant ist, daß Shepherd nach der Operation des Basedow eine $^1/_2$ Jahr dauernde innere Behandlung fordert, und daß auch Bérard eine solche von Monaten bis Jahren nach der Operation empfiehlt. Verf. hat stets auf die Wichtigkeit der internen Behandlung, der chirurgischen, hingewiesen. Dieses Verfahren ermöglicht die Normalisierung des Schilddrüsenrestes, welche nach ausgedehnter Resektion nur schwer und selten eintritt.

In zweiter Linie hat sich, neben der Operation, bei Basedow die Bestrahlung der Struma basedowiana viele Anhänger erworben. Es liegen eine sehr große Anzahl von Publikationen über Röntgenbestrahlung des Basedow vor. Wir erwähnen die Arbeiten von Bérard, Cotte und Bonnamour, Brocq und Maduro, Curschmann, Danzin, Borak, Gram, Gavazzini, Jenkinson, Jona, Coover, Christie und Merritt, Holmes, Lieck, Landham, Milani, Ratera, Richardson und Means, Pfaehler, Portrat, Saberton, Sielmann, Valenti, Vignal und David. Die Resultate dieser verschiedenen Autoren sind sehr verschieden. Im ganzen liegen keine sehr genauen, namentlich keine klinischen und auch keine längeren Beob-

achtungen vor, da die Behandlung fast ausnahmslos ambulant gemacht wird. Immerhin ist in vielen Fällen, namentlich bei kleinen weichen, stark vascularisierten Basedowstrumen jüngerer Kranken, eine gute Wirkung erzielt worden. Es werden von den Autoren 30–40% Heilungen angegeben, und ebensoviele Besserungen. Dann aber auch ganz negative Resultate 18—20%. Eine Anzahl Patienten sind auch während der Behandlung gestorben, andere wurden direkt verschlimmert. Wir haben auch mit einem gewissen Prozentsatz von Röntgenschädigungen zu rechnen. Dahin gehören Schädigungen der Haut, Bräunung, Teleangiektasien, Austrocknung im Mund und Hals, Stimmstörungen, Aphonien und als folgenschwerste Schädigung Myxödem. Fälle von Myxödem wurden von Curschmann, Sielmann und Wam publiziert. Bérard gibt an, daß die Erfolge der Röntgenbestrahlung des Basedowstruma jedenfalls nicht konstante sind und keinesfalls besser sind als die operativen. Lieck stellte fest, daß die Resultate der Röntgentherapie nicht annähernd an diejenigen der Operation heranreichen.

Über Bestrahlung der Basedowstruma mit Radium berichten Gudzent, Lonks, Scal, Vignol und David, die Resultate sollen denjenigen der Röntgenbestrahlung gleichwertig sein.

Die Opotherapie mit Präparaten anderer endokriner Drüsen wird stets in ausgedehntem Maße, aber meist planlos angewandt. Die Resultate sind nur ausnahmsweise erwähnenswert. Verf. hat die Beziehungen der andern Drüsen zum Basedow im schon genannten Lehrbuch zusammengestellt. Es ergibt sich nur selten daraus eine Indikation zu diesbezüglicher Behandlung. Jacquerod hat ein Extrakt aus Kröpfen von hypothyreotischen Patienten hergestellt und damit gute Resultate erzielt.

In bezug auf die übrige interne Behandlung ist wenig Neues angegeben worden. Adlersberg und Porges empfehlen den Gebrauch von Ergotamin als Antagonist des Thyreoidins, seither sind jedoch schon schlechte Wirkungen, ja Fälle von Exitus durch Ergotamin bei Basedow mitgeteilt worden.

Balint empfiehlt eine tryptophanarme Ernährung bei Basedow, da diese die Schilddrüse weniger zur Tätigkeit anrege als die tryptophanreiche Nahrung. Wir haben keinen durchschlagenden Effekt damit erzielen können. Hyman, Thomas und Kessel haben sich auf den Standpunkt gestellt, daß der Basedow, ohne jede Therapie, aber bei Spitalaufenthalt, durch Ruhe und Vermeidung von sozialen Sorgen durch sog. ökonomische Wiederherstellung ausheile und bringen dafür Beispiele. Diese Herstellung dauert mindestens 2 Jahre.

Mercklen, Wolff und Keyser haben bei Basedow mit Glykosurie gute Erfahrungen mit Insulin gemacht. Siehe darüber das bei der Opotherapie und den Miterkrankungen der andern endokrinen Drüsen Gesagte. Insulin wirkt allerdings in den Fällen mit Hyperglykämie und Glykosurie sehr gut, aber doch wesentlich durch Verbesserung des Stoffwechsels und nicht auf den gesamten Symptomenkomplex (Verf.).

Kropf.

Ätiologie.

Verf. hat im ersten Bande des Lehrbuchs von Kraus und Brugsch die Kropfätiologie ausführlich besprochen und kam damals, 1914, zum Schlusse, daß als eigentliche Kropfursache eine Anzahl von Faktoren in Betracht kommen. Einmal die Heredität als disponierende Ursache, dann die Schilddrüsenfunktion erschwerende Ursachen, toxische und infektiöse Schädigungen, welche eine spezifische Störung des Schilddrüsenstoffwechsels, vor allem des Jodstoffwechsels, bedingen. Diese kann ihrerseits direkt durch Jodmangel bedingt sein. Endlich sekundäre, das Kropfwachstum befördernde Ursachen. In den Jahren 1924 und 1925 ist über die Kropfätiologie verschiedentlich geschrieben worden. Es hat sich vor allem in den Vereinigten Staaten Amerikas, aber

auch in Europa, die alte Theorie Chatins, daß der Kropf infolge Jodmangels entstehe, stets neue Anhänger erworben. v. Fellenberg sowie McClendon und Hathaway haben den relativen Jodmangel in der Natur in Kropfendemiegegenden nachweisen können. Hercus, Renton und Carter haben dasselbe für die Kropfgegenden von New Zealand nachgewiesen. Dadurch erschien nun die Theorie Chatins als bewiesen, und es entstand ein großer Enthusiasmus für dieselbe und infolgedessen auch für die Jodprophylaxe, die schon lange empfohlen worden war, aber bisher nicht zur Durchführung in größerem Maßstabe gekommen war. Es entstanden eine Reihe von Arbeiten, welche ohne weiteres den Jodmangel als einzige Ursache der Kropfbildung darstellten und die Kropfprophylaxe mit Jod, als sicheres Mittel zur Ausrottung der Kropfendemien (sowie des Kretinismus und sogar der Basedowschen Krankheit) hinstellten. Wir nennen hier die Publikationen von Hunziker, Eggenberger, de Quervain, Wagner von Jauregg, Marine, Jackson, Olin, Goodfellow. Es ist jedoch klar, daß der Jodmangel nur ein Moment, nur eine mögliche Komponente, in der Ätiologie des Kropfes ist, wie Verf. schon 1914 ausführte (s. oben). Eine große Reihe von Autoren haben sich dann über die Bedeutung des Jodmangels für die Ätiologie des Kropfes ausgesprochen, ihn aber, wenn überhaupt, nur als Teilursache angesehen. Abderhalden, McCarrison, Blum, Hedinger, Hildebrand, W. Müller, Pfaundler, Wegelin. Eine Anzahl von Autoren haben speziell Beobachtungen, Gründe und Tatsachen gegen den Jodmangel als Kropfursache publiziert, so Bircher, Pfaundler, Blum, Lobenhoffer, Meisel, Zeller, Eckstein und Kulle, Eckstein und Mommer, Eckstein und Feldmann. Verf. hat im Ergänzungsband von Kraus und Brugsch 1925 die ätiologischen Tatsachen, welche nicht durch den Jodmangel erklärt werden können, zusammengefaßt. Pfaundler, Siemens, Greil und Fürst haben neuerdings auf die Bedeutung der Heredität für die Kropfätiologie hingeqiesen. Fürst hat Blutgruppenuntersuchungen gemacht und fand, daß bei Blutgruppendiskordanz der Eltern die Blutgruppe des kropfbelasteten Elters überwiegend auf die Kinder übergeht. Rietzmann hat eine Kropfepidemie beschrieben, die er auf Genuß von Kuhmilch zurückführt. Die Kropfepidemien lassen sich nicht durch den Jodmangel erklären. Wegelin und McCarrison bringen die infektiös-toxische Ätiologie mit der Jodmangelätiologie in Einklang. Eckstein und seine Mitarbeiter lehnen, nach klinischen und experimentellen Untersuchungen, die Jodmangelätiologie des Kropfes ab, sie kommen zum Schluß, daß das Jod bei seiner Wirkung auf die Schilddrüse und den Kropf nur katalysatorisch wirke. Bürckle, Gold und Orator, Breitner, Beykirch und Hueck haben histologische und klinische Kropfuntersuchungen gemacht, um eine klinisch-morphologisch funktionelle Einteilung der Strumen zu geben, stießen aber dabei auf große Schwierigkeiten, da sie stets wieder Ausnahmen in der Beziehung des klinischen Bildes zum Histologischen fanden. Bürckle kam zum Schlusse, was übrigens Langhans und seine Schule, sowie Kloeppel schon längst nachwiesen, daß das Kropfproblem kein Problem der Kropfknoten, sondern der diffusen Vergrößerung ist. Gold und Orator nehmen an, daß der Jodmangel, neben endogenen Faktoren, die Kolloidspeicherung in der Schilddrüse verhindere und dadurch kompensatorisch eine follikuläre Wucherung eintrete. Wegelin dagegen gibt an, daß der Jodmangel die Hyperplasie der Schilddrüse beim endemischen Kropf nicht restlos erklären könne, der Jodmangel erschwere nur die Sekretion und macht, da eine Speicherung von wirksamem Sekret nicht angelegt werden könne, eine vermehrte Leistung der Drüse unmöglich; die Hyperplasie resp. das Epithelwachstum könne von den verschiedensten, die Funktion der Drüse anregenden, Faktoren herrühren. Anschließend an die Arbeiten über die Ätiologie des Kropfes sind noch einige Publikationen über die pathologische Physiologie zu nennen: Veil und Sturm haben im deutschen Archiv für klin. Medizin eine größere Arbeit über den Jodstoffwechsel gebracht. Die Blutjodbestimmungen haben eine weitgehende Abhängigkeit des Blutjodgehaltes von der Schilddrüsenfunktion dargetan. Bei verminderter Schild-

drüsenfunktion ist der Blutjodgehalt gegenüber der Norm vermindert, bei Hyperthyreoidismus ist er vermehrt. Branovacky fand den Kolloidgehalt und den Jodgehalt der Strumen nicht maßgebend für deren Funktion und fand den prozentualen Jodgehalt der Strumen unabhängig vom Kolloidgehalt. Es kommt eben, wie Verf. schon in seinen diesbezüglichen Arbeiten vor 15 Jahren feststellte, nicht nur auf den quantitativen Kolloid- und Jodgehalt an, sondern auch auf die quantitative Ausscheidung beider. Wegelin hat die Wirkung der verschiedenen Strumen auf das Wachstum der Kaulquappen in einer weiteren Arbeit untersucht; er fand die diffus parenchymatöse Struma des Kindesalters nur schwach wirksam, diejenigen des erwachsenen Alters typisch wirksam wie Schilddrüsensekret. Auch hier kommt es natürlich auf die quantitative Ausscheidung an.

Zu erwähnen ist hier noch, daß Eckstein fand, daß Jod allein keine Veränderung des Basalstoffwechsels erzeuge.

Wie schon oben bei der Ätiologie des Kropfes erwähnt, stützen sich die meisten der Befürworter der Kropfprophylaxe mit Jod auf die Chatinsche Jodmangel-Theorie des Kropfes und proklamieren die Jodprophylaxe als ein ätiologisches Verfahren. Hunziker und Eggenberger haben die Kropfprophylaxe in einer großen Publikation: Die Prophylaxe der großen Schilddrüse, empfohlen. Eggenberger hat in einem Vortrag vor der Bayerischen Kropfkommission die ätiologische Jodprophylaxe besprochen. Wenn auch die günstige Wirkung des Jods im allgemeinen anerkannt wird, so ist doch namentlich die ätiologische Erklärung derselben bei der Mehrzahl der Autoren auf Widerspruch gestoßen. Speziell gegen die Jodprophylaxe haben sich Kraus, Blum, Pfaundler, Bircher ausgesprochen.

Fr. Müller bespricht in der Therapie der Gegenwart die Kropfätiologie -Prophylaxe und -Therapie. Wie schon oben erwähnt, erklärt er die Jodmangeltheorie der Kropfursache als eine Hypothese. Betreffs der Jodprophylaxe (einschließlich derjenigen mit Vollsalz) sagt Müller, daß erst die Erfahrung über deren Unschädlichkeit entscheiden könne. Die Erfahrung mit größeren Joddosen habe schon im vergangenen Jahrhundert eine Enttäuschung gebracht.

Breitner hat eine histologisch-funktionelle Einteilung resp. Bezeichnungsart der Strumen angegeben. Er teilt ein in: hypotrophisch-hyporrhoische, eutrophisch-hyporrhoische, eutrophisch-hyperrhoische und hypertrophisch-hyperrhoische Strumen. Beykirch kann keine Parallele zwischen Histologie und klinischem Verhalten der Struma ziehen, er gibt mit Recht an, daß dazu noch die Berücksichtigung der Vererbung, der Körperverfassung, des Alters und namentlich der vorhergehenden Jodbehandlung von nöten ist.

Heyd gibt folgende Einteilung der Kröpfe:

1. Kröpfe mit Hyperthyreose:
   a) der Adoleszentenkropf = physiologische Thyreoidea mit Hyperfunktion,
   b) der Basedowkropf: pathologische Schilddrüse mit Hyper- und Dysfunktion,
   c) der adenomatöse Kropf: pathologische Schilddrüse mit Hyperfunktion.
2. Kröpfe mit normaler Funktion oder mit Hypothyreose:
   a) einfacher Kolloidkropf,
   b) adenomatöser Kropf.

Jackson gibt eine Einteilung der kindlichen Struma. Er unterscheidet: Kolloidkröpfe, adenomatöse Kröpfe, exophthalmische oder basedowsche Kröpfe. Die adenomatösen teilt er wiederum ein in: nicht toxische, toxische und Jodhyperthyreoide. Er gibt an, daß die Kröpfe im Kindesalter selten toxisch sind, daß dies eigentlich nur vorkomme durch Jodbehandlung. Diese Tatsache spricht ihrerseits gegen die Jodmangeltheorie und die Jodprophylaxe.

Guggisberg hat die Struma der Neugeborenen in Bern, also in einer Kropfendemiegegend untersucht. Er fand bei 18% der Neugeborenen eine ausgesprochene Struma, bei

38% eine mäßige Vergrößerung der Schilddrüse, bei 47% eine normale Schilddrüse. Er fand, worauf Verf. schon 1921 aufmerksam machte, eine Minderwertigkeit der Schilddrüse des Neugeborenen, wenn die Mutter eine Hypothyreose darbot. Als Beweis für die Einwirkung der Kropfnoxe während der Schwangerschaft erwähnt Guggisberg das kongenitale Vorkommen des Kropfherzens.

Für die Diagnosestellung der Struma ist von der Eiselsbergschen Klinik die Röntgenphotographie von der Seite empfohlen worden. Verf. hat davon keinen großen Vorteil gesehen, da die Aufnahmen der technischen Schwierigkeiten halber nicht gut genug ausfallen. Sgalitzer empfiehlt neuerdings mit Recht die Röntgendurchleuchtung bei intrathoracischen Strumen, die Verf. sowie Theodor Kocher schon seit fast 30 Jahren empfahlen.

Punkto Therapie des Kropfes ist für die operative Therapie nichts wesentlich Neues hinzugefügt worden.

Partons hat 1924 unter dem Titel: „Chirurgie der Schilddrüse" eine Arbeit veröffentlicht, in der verlangt wird, daß das Adenom der Schilddrüse, das nach dem 30. Lebensjahr zur Beobachtung komme, stets operiert werden müsse, da fast immer Basedowifikation erfolge. Vor dem 30. Lebensjahre geben nur Drucksymptome auf die Trachea Indikation zum operativen Eingriff. Maydl hat über Struma intrathoracalis geschrieben unter Besprechung der bekannten Symptomatologie. Er fand in der Literatur elf Fälle, bei denen eine Sternumresektion gemacht wurde, zwei eigene Fälle. Beim ersten vorübergehende Asphyxie, beim zweiten Exitus an Herzschwäche. v. Eiselsberg behandelt das Kropfproblem vom chirurgischen Standpunkt: Indikation: mechanische Störungen und Hyperthyreoidismus. Just schreibt über Rezidivstruma, deren an der Klinik Eiselsberg 222 operiert wurden, 17 Fälle wurden zum dritten resp. vierten Male operiert. Die Rezidive nach einseitiger Operation betrugen 17 Fälle, nach beidseitiger Operation 14, also kaum ein Unterschied. Struma diffusa neige mehr zu Rezidiv als Struma nodosa (Verf. hat das Gegenteil festgestellt bei seinen Fällen). Von Komplikationen der Strumaoperation erwähnt Just letale Erstickung durch Hämatom nach Operation einer retroösophagalen Struma, eitrige Mediastinitis, drei Verletzungen des Ductus thoracicus.

Die übrigen bezüglichen Arbeiten bringen nur unbedeutende technische Details. Jedenfalls ist eher eine Zunahme der operativen Therapie als eine Abnahme zu konstatieren.

Punkto innere Therapie des Kropfes sind wir, wie Verf. im Lehrbuch Kraus und Brugsch ausgeführt hat, schon auf einem gewissen toten Punkte angelangt, seit der Einführung der Massenprophylaxe mit Jod. Da die Gesamtbevölkerung dieser Prophylaxe unterworfen ist, wissen die Ärzte nicht mehr, wie die Kropfkranken zu behandeln sind, die der Jodprophylaxe unterworfen sind. Fr. Müller plädiert dafür, die Kropfprophylaxe doch, wie zuerst von Theodor Kocher gewünscht, in die Schulen zu verlegen und sie dort mit der Therapie der Jugendstruma zu vereinigen und so die Schulentwachsenen vor der Jodpophylaxe zu bewahren. Die erwachsenen Kropfkranken würden dann, wie es einzig richtig ist, der ärztlichen Therapie vorbehalten.

Myxödem und Hypothyreose.

Marinesco untersuchte das zentrale Nervensystem eines an Tuberkulose verstorbenen Myxödems. Die Schilddrüse fehlte. In der Gehirnrinde fand er die Nervenzellen kleiner und ebenso die Zellfortsätze, als diejenigen eines gleichaltrigen normalen Individuums. Die tangentiellen Fasern fand er vermindert. Ferner fand er Persistenz der granulierten Schicht und der fetalen Zellen von Cajal, Verlangsamung der Entwicklung der kortikalen Neurome. Dadurch sei die allgemeine Hypothermie und die Verminderung der Wachstumsenergie der Organe zu erklären. Chancy beschrieb als Symptom des Myxödems die Trägheit der Sehnenreflexe. Landberg fand cerebellare Symptome.

Boysnikow beschrieb Fälle von Myxödem mit chronischer, deformierender Arthritis, ankylosierender Spondylitis und Bechterewscher Krankheit.

Lortal, Jakob und Seewer sahen Ekzematoide und pseudophlegmonöse Plaques durch Thyreoidinbehandlung verschwinden. Chaiton untersuchte den Einfluß einer partiellen Strumektomie auf kropfige Kretinen, den er sehr verschieden fand, die Untersuchungen sind nicht vollständig genug, um brauchbare Schlüsse zu ziehen. Wegelin hat einen sezierten Fall einer Cachexia thyreopriva Kocher publiziert. Er fand anatomische Veränderungen an Hypophyse, Keimdrüsen, Muskulatur und Skelett ganz gleich wie bei der kongenitalen Athyreose. Ebbell nimmt an, daß der Kretinismus und die Struma überhaupt durch Radiumsalze entstehen und also eine Radiumkrankheit nach Hertwig darstellen.

Über Schilddrüsentransplantation in 214 Fällen von Myxödem und Hypothyreose hat Verf. im „Lancet" berichtet. Bei kongenitaler Athyreose ist kein Dauerresultat erzielt worden, bei Hypothyreose dagegen sind 26% der Fälle durch die Transplantation vollkommen geheilt worden, 21% bedeutend gebessert, 39% nur zeitweise gebessert und 14% ohne Erfolg geblieben.

Über Schilddrüsentransplantationen haben noch Prokin, Oppel und Loeb berichtet. Der Letztere nur experimentell beim Meerschweinchen. Prokin und Oppel hatten gute Resultate bei den Transplantationen.

Struma maligna.

Verf. hat im ersten Bande der Klinik der bösartigen Geschwülste von Payr und Zweifel eingehend und zusammenfassend über Struma maligna referiert. Besonders wurde die neuere Auffassung der sogen. metastasierenden Kolloidstruma besprochen, die wir jetzt besser als latentes metastasierendes Schilddrüsencarcinom bezeichnen. Über maligne Struma sind Arbeiten erschienen von Bérard und Dunet, Gordon Bell, Biro, Dreesmann, Eisen, Ferrero, Keppeler, Klinge, Strecks, Walton. Keppeler beschreibt eine isolierte Metastase in der Leber, die entfernt werden konnte und angeblich keine Anhaltspunkte für Malignität ergab. Klinge schließt sich an Hand eines Falles der oben geäußerten Ansicht des Verf. über metastasierende Kolloidstruma an. Gordon Bell nimmt an, daß die metastatischen Schilddrüsentumoren ein Gewebe bilden können, das vom normalen Schilddrüsengewebe histologisch nicht zu unterscheiden sei, eine „Rückkehr zur Norm" trotz maligner Wachstumstendenz.

Parathyreoideae.

Die Anzahl der Arbeiten über die Epithelkörper hat in den letzten Jahren stetig zugenommen, und zwar ziemlich parallel mit der Zunahme der postoperativen Tetaniefälle nach Kropfoperationen und diese Zunahme der Tetanie ist ihrerseits zurückzuführen auf die stetig wachsende Anwendung der einzeitigen, doppelseitigen Strumaoperation (mit Unterbindung aller vier Schilddrüsenarterien) ohne bestimmte Methode. Weitaus die Mehrzahl der Arbeiten über die Glandulae parathyreoideae beziehen sich denn auch auf die postoperative Tetanie, deren Verhütung, Diagnose und Therapie.

Valkanyi hat an 225 Leichen Studien über Parathyreoideae gemacht. Er bestätigt zunächst die schon von vielen Autoren festgestellte Tatsache, daß sowohl Anzahl wie Größe und Lage der Glandulae parathyreoideae schon in der Norm wechselt. Er fand bei zwei Drittel der Leichen vier Drüsen, bei einem Viertel nur drei, in elf Fällen nur eine oder zwei Drüsen. Relativ häufig fand er die Epithelkörper hypoplastisch. Valkanyi glaubt, daß die Unterbindung aller vier Schilddrüsenarterien gleichzeitig im Stamm, betreffs Schädigung der Parathyreiodeae, ungefährlich ist. Dunhill dagegen empfiehlt, die Arterien wegen Gefahr der Schädigung der Parathyreoideae, nicht im Stamm, sondern in den Ästen, am Eintritt in die Schilddrüse, zu unterbinden, was Halsted schon längst empfohlen hat. Schade nur, daß diese, an und für sich gute Regel, bei großen,

tief gelegenen und bei stark gestauten Strumen gar nicht anwendbar ist. Auch Haberland und Kurokara haben über die Anatomie und Chirurgie der Epithelkörper wertvolle Studien geliefert. Über die Physiologie sind eine ganze Reihe Arbeiten erschienen, deren Autoren aber nicht durchwegs gleicher Ansicht sind. Wir nennen: Blum, Behrendt und Klonck, Curschmann, Freudenberg, di Fazio, Gregory, Horxheimer, Lestagnoy, Lesné, Turpin und Guillaumin, Luckhard, Paton, Salvesen, Shanks, Tezner, Zehnter und Foncin. Alle Arbeiten beschäftigen sich mit der durch die Exstirpation der Nebenschilddrüsen erzeugten Tetanie. Es wurde dabei Guanidin im Blut nachgewiesen, Ca-Mangel im Serum, Vermehrung der anorganischen Phosphorsäure im Serum und Herabsetzung der Alkalireserve. Der ursächliche Zusammenhang dieser Befunde mit der Tetanie und den Epithelkörpern festzustellen, bildet den Inhalt der Arbeiten. Die Resultate sind, wie gesagt, keine einheitlichen. Shanks konnte während des tetanischen Anfalls eine Steigerung des Cholingehalts des Blutserums nachweisen. Paton hatte nachgewiesen, daß das Guanidin aus Cholin entstehe. Während die meisten Autoren die tetanischen Erscheinungen als Guanidinvergiftung erklären, hält Salvesen diese Frage für noch nicht genügend geklärt. Während Behrendt und Klonk eine Alkalose für sicher halten, sprechen sich Zehnter und Foncin gegen eine solche aus. Salvesen hält es für bewiesen, daß der Ca-Mangel die Ursache der Symptome der Tetanie resp. der Parathyreoideainsuffizienz ist, er ist, nach der Ansicht von Luckhard, das Resultat einer größeren Permeabilität der Darmwand, welche eine vermehrte Ausscheidung zur Folge hat. Der Angriffspunkt des Tetaniegiftes im Gehirn wird von Urechia und Elekes ins Corpus pallidum und Striatum verlegt, da sie bei parathyreopriver Tetanie beim Menschen und Tier, sowie bei Guanidinvergiftung, Veränderungen in diesen Partien fanden. Steichele und Schlosser haben bei 100 Kropfpatienten, vor und nach der Operation, Untersuchungen über Tetaniebereitschaft gemacht, indem sie den Serumkalkspiegel untersuchten, sie fanden niemals eine Senkung des Kalkspiegels, keine erhöhte Erregbarkeit des peripher motorischen Nervensystems und kein positives Chvosteck-Symptom. Sie bestreiten deshalb das Vorkommen einer latenten Tetanie. Guillaumin und Turpin konnten die Befunde von Freudenberg und Gioergy bestätigen. Sie fanden, daß das Calciumchlorat durch Modifikation des ganzen Gleichgewichts des Blutes bei Tetanie wirke. Schlosser fand das Blutbild bei Tetanie unverändert.

Punkto Pathologie der Epithelkörper fand Kerl eine Vergrößerung derselben bei Osteomalacie und Osteoporose; Hofheinz eine solche bei Ostitis fibrosa. Goedel fand sogar einen Tumor der Parathyreoidea bei Ostitis fibrosa. Dieterich fand bei parathyreoidektomierten Ratten eine verlangsamte Kallusbildung, der Kallus zeigt, wie Erdheim schon nachgewiesen hat, eine ausgesprochene Kalkarmut. Ghiron fand nach Parathyreoidektomie rachitische Veränderungen. Dieterich, Dunhill, Maier und Sainton referieren über Tetanie nach Kropfoperationen und über Ersatz der Epithelkörper, ohne etwas Neues zu bringen. Dieterich hatte einen Fall von letaler Tetanie, bei dem post mortem nur ein Epithelkörper gefunden wurde, der vereitert war. Über Transplantation von Epithelkörpern bei Paralysis agitans berichten Kühl und Breitner. Die Erfolge sind, wenigstens teilweise, vorübergehend befriedigend. Über die malignen Tumoren der Schilddrüse und der Nebenschilddrüsen hat Verf. zusammenfassend im Lehrbuch der malignen Geschwülste von Payr und Zweifel referiert.

Anatomie, Physiologie und Pathologie der Schilddrüse.

Abderhalden, Emil, Beitrag zur Kenntnis der Folgen der Schilddrüsenexstirpation. (Physiol. Inst., Univ. Halle a. S.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 208, H. 3/4, S. 476—486.) 33, 475.

Badylkes, S., Die experimentelle Thyreotoxikose, die Schilddrüse und ihr Einfluß auf die Magensekretion. (Semiotisch-diagnost. Klin. f. inn. Krankh., Moskauer med. Hochsch., Prof. Andrejeff.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 10, S. 199—210.) (Russisch.) 33, 239.

Barber, W. Howard, Observations on effects of iodine administration in dogs following hemithyroidectomy and unipolar ligation. (Dep. of exp. surg., univ. a. Bellevue hosp. med. coll., New York.) (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 23, Nr. 3, S. 167—169.) **36**, 353.

Baryšnikov, K., Zur Frage über symmetrische Knochenerkrankungen endokrinen Ursprungs. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 532—539.) (Russisch.) **35**, 551.

Crawford, J. Hamilton, and J. N. J. Hartley, The influence of the autonomic nervous system on the function of the thyroid gland. (Pharmacol. dep., univ., Edinburgh). (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 2, S. 179—191.) **33**, 714.

Crawford, J. Hamilton, and J. N. J. Hartley, The histological changes in the thyroid gland of the rabbit following lobectomy. (Pharmacol. dep., univ., Edinburgh.) (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 2, S. 193—200.) **33**, 714.

Crile, G. W., Hyperthyroidism and peptic ulcer, an analogy. (Cleveland clin., Cleveland.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 818—821.) **32**, 759.

Crile, George W., A suggested analogy between hyperthyroidism and gastric ulcers. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 2, S. 109—112.) *

Deucher, Walter G., Sauerstoffmangel in seiner Wirkung auf die Histologie der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Zürich.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 362—390.) **34**, 896.

Engländer, Martin, Zur biologischen Bedeutung des Jods im Schilddrüsenhormon. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 7, S. 193—195.) *

Fukushi, Masaichi, Pathologische Untersuchungen der Schilddrüse. (Pathol. Inst., Izumibashi-Charité, Tokyo.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. 14, S. 1—46.) *

Fukushima, Tosaku, Über die Schilddrüse. (Klinische und chemische Seite.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. 14, S. 47—54. 1924.) *

Gmelin, E., und H. L. Kowitz, Die Funktionsänderungen der erkrankten Schilddrüse unter dem Einfluß chirurgischer Therapie, gemessen durch respiratorische Stoffwechseluntersuchungen. (Chir. u. med. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 187, H. 2, S. 340—355.) **34**, 148.

Heyd, Charles Gordon, Hyperthyroidism; Graves' disease syndrome; resection of thyroid gland. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 371—401.) **32**, 709.

Higgins, William H., Incipient hypothyroidism. A clinical study. (Med. dep. St. Elizabeth's hosp., La Fayette.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 14, S. 1015—1017.) **34**, 148.

Hinton, J. William, The classification and treatment of hyperthyroidism. (Postgraduate med. school a. hosp., Bellevue hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 9, S. 209—211.) **33**, 309.

Jessen, Harald, Gaswechselergebnisse bei Erkrankungen der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 21, S. 851—852.) **33**, 715.

Kaspar, F., und L. Sussig, Ein Beitrag zum Problem des atypischen Hyperthyreoidismus und der Pseudohyperthyreose. (II. chir. Klin., Univ. Wien.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 1, S. 120—130.) **31**, 449.

Kentzler, Gyula, und Pál Kallós, Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und der Blutbildung. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 12, S. 446—448.) (Ungarisch.) **34**, 429.

Kentzler, Gyula, und Pál Kallós, Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und der Blutbildung. I. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 56—62.) (Ungarisch.) *

Kentzler, Gyula, und Pál Kallós, Beiträge zur Physiologie der Schilddrüse und der Blutbildung. II. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 63—64.) (Ungarisch.) *

Keropian, S., Über experimentelle Magengeschwüre am Hunde nach der Thyreoparathyreoidektomie. (Kurze Mitt., I.) (Physiol. u. pathol.-anat. Laborat., staatl. Kubanisches med. Inst., Krasnodar.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45, H. 1/2, S. 267—270.) **31**, 617.

Key, J. Albert, The secretion antecedents and mitochondria in pathologic thyroids. A theory of the mode of secretion in the thyroid gland. (Dep. of med. school, Harvard univ., St. Louis.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 254—303.) **33**, 715.

Khoór, Ödön, Fall von Hyperthyreoidismus durch operative Kastration geheilt. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 38, S. 907—909.) (Ungarisch.) **35**, 153.

Kiyono. H., Über den Einfluß der Sympathicusexstirpation auf die Schilddrüse. (Zugleich ein Beitrag zum Morbus Basedowii.) (Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 430 bis 440.) **33**, 426.

Kowitz, Hans Ludwig, Die Funktion der Schilddrüse und die Methoden ihrer Prüfung. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 27, S. 307—364.) 32, 502.

Kramer, David W., The Kottman reaction in thyroid dysfunction. (Med. serv., Mt. Sinai hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 1, S. 75—81.) 32, 878.

Kraus, F., Funktionswert der Schilddrüse und Kropfproblem. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 1, S. 9—13.) 31, 534.

Lawrence, Charles H., Thyroid failure without myxedema. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 6, S. 1779—1788.) 33, 310.

Lucien, M., J. Parisot et G. Richard, Essai de classification des états thyroïdiens. (Rev. franç. d'endocrinol. Jg. 3, Nr. 1, S. 1—8.) *

McCarrison, Robert, A british medical association lecture on some problems of thyroid disease. (Brit. med. journ. Nr. 3368, S. 1065—1069.) 32, 708.

Macciotta, G., Pancreatite acuta sperimentale da tiroidectomia. (Istit. di clin. pediatr., univ., Sassari.) (Studi sassaresi Bd. 3, H. 6, S. 652—658.) 35, 584.

Maloff, G. A., Über die physiologischen Eigenschaften der Substanzen der isolierten Schilddrüse. (Pharmakol. Laborat., med. Inst., Astrachan.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 208, H. 3/4, S. 335—342.) 33, 714.

Masima, Hiroshi, Über die Regeneration der Schilddrüse und des Epithelkörperchens. (Pathol. Inst., Univ. Sapporo.) (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. 15, S. 127—128.) 37, 736.

Mayo, Charles H., Calcium. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 822 bis 825.) 32, 759.

Moore, Henry F., The basal metabolic rate, its determination and interpretation. (Wards a. metabolism laborat., Mater misericordiae hosp., Dublin.) (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 36, S. 7—34.) *

Moritsch, Paul, Ein Fall von Amyloidkropf. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 361—368.) 32, 709.

Neuweiler, W., Zum Verhalten des Schilddrüsenkolloids bei verschiedenen Funktionszuständen der Schilddrüse. (Pathol. Inst., Univ. Bern.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Nr. 6/7, S. 145—150.) 34, 298.

Nikolajeff, M., Zur Frage der sog. Polyarthritis thyreogenes. (Med. Hospitalsklin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 10, S. 217—240.) (Russisch.) 38, 240.

Pighini, Giacomo, Tiroide, glandole sessuali e sesso. (Laborat. scient. „Lazzaro Spallanzani", istit. psichiatr., Reggio Emilia.) (Riv. di biol. Bd. 7, H. 3, S. 253 bis 274 u. H. 4/5, S. 401—428.) (Russisch.) *

Pruys, H. S., Unterernährung und Schilddrüse. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 65, H. 1, S. 19—35.) (Holländisch.) 32, 502.

Quervain, F. de, Einige Fragen aus der Schilddrüsenphysiologie vom Standpunkte der Schilddrüsenpathologie aus beurteilt. (Chir. Univ.-Klin., Bern.) (Ergebn. d. Physiol. Bd. 24, S. 701—717.) 33, 802.

Reinhard, Wilhelm, Über die trophische Nervenversorgung der Schilddrüse. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 507—515.) 31, 449.

Roy, Ashutosh, The biochemistry of the thyroid. (Indian med. record Bd. 45, Nr. 5, S. 133—139.) 34, 298.

Seelig, M. G., Bone formation in the thyroid gland. (Jewish hosp., St. Louis.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 794—797.) 34, 149.

Tokumitsu, Yoshitomi, Versuche über das Wesen der Schilddrüsenhormone und deren Ausscheidungswege. (Pathol. Inst., med. Fak., Keijio, Chosen, Japan.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 73, H. 3, S. 585—597.) 33, 713.

Vernet, S. Gil, Varietäten der Schilddrüse. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 20, S. 117—125.) (Spanisch.) *

Villa, Luigi, Applicazioni cliniche della ricerca del metabolismo basale. II. Il metabolismo basale nel campo delle ghiandole endocrine. (Istit. di clin. med., univ., Pavia.) (Problemi d. nutriz. Jg. 2, H. 2/5, S. 128—140.) 36, 691.

Weir, James F., The thyroxin and tryptophane content of the diseased thyroid gland, and the iodin compounds in desiccated thyroid. (Div. of med., Mayo clin. a. Mayo found., Rochester, Minn.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 6, S. 860—865.) 33, 475.

Wilhelmj, C. M., and Moyer S. Fleisher, Physical-chemical changes of the blood in thyroidectomized guinea pigs. (Dep. of bacteriol. a. hyg., univ. school of med., St. Louis.) (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Mai-H., S. 478—480.) *

Schilddrüsenentzündung.

Fallas, Alfred, et Albert Nuyens, Abcès chaud du corps thyroïde. (Scalpel Jg. 78, Nr. 1, S. 12—17.) **31**, 450.
Grünberg, Annemarie, Ein Fall von chronischer Thyreoiditis mit vorwiegender Beteiligung von Plasmazellen. (Ein Beitrag zur Riedelschen eisenharten Strumitis.) (Pathol. Inst., Univ. Göttingen.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 228—237.) *
Hahn, G., Ein Beitrag zur nichteitrigen chronischen Thyreoiditis. (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 3/4, S. 549—554.) **34**, 79.
Manninger, Vilmos, Über Strumitis. (Gyógyászat Jg. **66**, Nr. 51/52, S. 1151 bis 1153.) (Ungarisch.) **35**, 292.
Meeker, Louise H., Riedel's struma associated with remnants of the post-branchial body. (Dep. of pathol. a. bacteriol., New York post-graduate med. school a. hosp.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 1, S. 57—67.) **31**, 605.
Popova-Blum, A. N., Erkrankung der Schilddrüse bei Luetikern. (Hautklin., II. Univ., Moskau, Prof. Jordan.) (Russkij vestnik dermatologii Bd. **3**, Nr. 9, S. 772 bis 779.) (Russisch.) **36**, 309.
Shaw, A. F. Bernard, and R. P. Smith, Riedel's chronic thyroiditis: With a report of six cases and a contribution to the pathology. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. **49**, S. 93—108.) **32**, 825.

Kropfprophylaxe.

Bircher, Eugen, Mein Standpunkt in der Kropffrage. (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med. Bd. **22**, H. 4, S. 101—125.) **32**, 586.
Boothby, Walter M., Iodin in the prevention and treatment of goiter. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. **18**, Nr. 1, S. 5—8.) **32**, 180.
Câmpeanu, Liviu, Die Bedeutung des Jodes in der Ätiologie, Therapie und Prophylaxe der endemischen Struma. (Clin. chir., fac. de méd., Cluj.) (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 4, S. 344—353.) (Rumänisch.) *
Eckstein, A., und O. Feldmann, Zur Kropfprophylaxe der Schulkinder. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. **75**, H. 4, S. 263—277.) **32**, 180.
Eggenberger, Zur Kropffrage. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 30, S. 1634—1636.) **33**, 211.
Eimer, Karl, Über die Gefahren der Jodbehandlung. (Ein Beitrag zur Kenntnis des Jodbasedow.) (Med. Klin., Univ. Marburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 28, S. 1147—1148.) **33**, 582.
Frey, Wie ist nach dem heutigen Stande der Wissenschaft die Bekämpfung des endemischen Kropfes einzurichten? (Reichsgesundheitsamt, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 10, S. 460—464.) **33**, 239.
Hathaway, J. C., The prevention of simple goiter. (Laborat. of physiol. chem., univ. of Minnesota, Minneapolis.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 1, S. 1—10.) **33**, 98.
Herfarth, H., Die Kropffrage im Hinblick auf den Kropf in Schlesien. (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 3, S. 364—379 u. 387—390.) **33**, 99.
Hunziker, Heinrich, Die Prophylaxe der großen Schilddrüse, gleichzeitig ein Stück vergleichende Klimatologie der Schweiz und ein Leitfaden für systematische naturwissenschaftliche Forschungen. Mit einem Beitrag v. Hans Eggenberger. (Bern u. Leipzig: Ernst Bircher A.-G. 1924. 360 S., 1 Taf. u. 9 Abb. RM. 9.60.) **35**, 811.
Jackson, Arnold S., Iodin hyperthyroidism. An analysis of fifty cases. (Jackson clin., Madison.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 25, S. 1138—1140.) **35**, 228.
Josefson, Arnold, Weitere Bemerkungen zur Jodprophylaxe der Struma. (Hygiea Bd. **87**, H. 11, S. 445—448.) (Schwedisch.) **33**, 310.
Lobmayer, G., Von der Prophylaxe der Schilddrüsenvergrößerung. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 235.
Lorentz, Friedrich H., Die Bedeutung des Jods in der Ernährung des Menschen und die Beziehung des Jodstoffwechsels der Pflanzen, Tiere und Menschen zur Wasserversorgung. Gegenwärtiger Stand der Frage. (Zentralbl. f. d. ges. Hyg. u. ihre Grenzgeb. Bd. **10**, H. 11, S. 785—796.) *
Nicolaysen, Johan, Die Jodprophylaxe der Struma. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 6, S. 582—589.) (Norwegisch.) **33**, 98.
Quervain, F. de, Über Kropfprophylaxe. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 4, S. 65—68.) **31**, 84.
Redlich, Fritz, Über die Gefahren der Jodtherapie des Morbus Basedow und der Hyperthyreosen. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 41, S. 1102—1106.) **35**, 229.

Scheurlen, von, Der Kropf und seine Bekämpfung in Württemberg. (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 105, H. 1, S. 45—66.) **33**, 581.
Schwenkenbecher, A., Über die wirtschaftliche und doch sachgemäße Behandlung und Verhütung des Kropfes. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 21, S. 1006—1009.) **32**, 502.
Sloan, E. P., Prevention of goiter. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 290 bis 293.) **33**, 803.
Wagner-Jauregg, J., Kropfprophylaxe durch Vollsalz. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 48, S. 1277—1280.) **34**, 358.
Wagner-Jauregg, J., Kropf und Vollsalz. (Moderne Hygiene. Volkstüml. Vortr. führender Ärzte.) (Wien u. Leipzig: Moritz Perles 1925. 15 S. RM. 0.65.) **34**, 502.
Wagner-Jauregg, Julius, Kropfprophylaxe in Österreich, statistische Erhebungen über Kretinismus und Taubstummheit. (Mitt. d. Volksgesundheitsamtes, Wien Jg. 1925, Nr. 6, S. 255—260.) **33**, 210.
Zeller, Friedrich, Resultate des ersten Jahres der freiwilligen Kropfbekämpfung in Appenzell a. Rh. (Bezirksspit., Herisau.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 13, S. 274—279.) **33**, 99.

Struma.

Amodei, Pietro, Due casi di struma adenomatoso cistico della Epiphysis cerebri. (Istit. di anat. patol., univ., Palermo.) (Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 4, S. 431—442.) *
Arnold, Lloyd, Symposium on goiter, pathological viewpoint. (Dep. of bacteriol., pathol. a. prev. med., Loyola univ. school of med., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 6, S. 449—451.) **34**, 696.
Aschoff, L., Zur Kropffrage in Japan. Eine Reisebemerkung. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 3, S. 841—842.) **31**, 822.
Bailey, H. T., Infected tonsils as the cause of thyrotoxicosis. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 9, S. 711—715.) **34**, 147.
Barker, Howard B., The injection of absolute alcohol into the thyroid gland. Experimental observation of a suggested clinical procedure. (Dep. of anat., univ. of Michigan med. school, Ann Arbor.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 180—199.) **33**, 211.
Bartlett, Willard, Six patients in whom a thyroidectomy and a second major operation are indicated. (Missouri Baptist sanit., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1143—1158.) **34**, 148.
Beard, J. Howard, The prevalence of goiter in Illinois. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 306—311.) **34**, 696.
Bekkenev, W., Der Blutdruck bei den Kropfkranken in der Baikalgegend. (Chir. Univ.-Klin., Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 38—45.) (Russisch.) **34**, 501.
Bennhold, Hermann, Ein Fall von tödlicher Herzinsuffizienz bei Thyreotoxikose nach Genuß von „Halkajod". (I. med. Klin., Univ. München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 28, S. 1148—1150.) **33**, 583.
Berger, Hans, Innere oder operative Behandlung des Kropfes im Reichsheere. (Ärztl. Monatsschr. Jg. 1925, April-H., S. 106—111.) **32**, 97.
Beykirch, A., Klinik und Histologie der Struma in ihrem Verhältnis zueinander. Kritisch bewertet an Hand des Göttinger Strumamaterials (1922—1924). (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 165 bis 184.) **34**, 78.
Bircher, Eugen, Zur Jodbehandlung des Kropfes. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 16, S. 742—745.) **32**, 181.
Blanco, Soler, und Martin Calderín, Kropf und rezidivierende Amygdalitis. (Anales de la acad. méd.-quirurg. española Bd. 12, S. 539—545.) (Spanisch.) **34**, 773.
Bobbio, L., Contributo alla chirurgia della tiroide. (A proposito di 272 interventi.) (Osp. magg., S. Giovanni Battista della città, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 719—752.) **32**, 825.
Borrel, A., L. Boez et Freysz, Conditions étiologiques de l'endémie goitreuse de la Robertsau. (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 92, Nr. 4, S. 232—233 u. 234—236.) *
Bouvier, Ernst, Über ein pharyngo-oesophageales Divertikel, hervorgerufen durch eine retrosternale Struma. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 802—804.) **32**, 504.
Breitner, B., Die Strumenfrage im Tierexperiment. (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen O.-S., Sitz. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 3, S. 380—390.) **33**, 100.

Breitner, B., und V. Orator, Die Jodbehandlung des Kropfes. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 185, H. 1/2, S. 143—151.) 32, 180.
Brooks, Clark D., Management of goitre. Primary hyperthyroidism or exophthalmic and adenomata with hyperthyroidism or thyrotoxic type. (Journ. of the Michigan med. soc. Bd. 24, Nr. 6, S. 275—279.) *
Bundschuh, Zur Kenntnis der intralaryngotrachealen Struma. (Juliusspit., Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 185, H. 1/2, S. 106—116.) 32, 182.
Câmpeanu, Liviu, Die Bedeutung des Jodes in der Ätiologie, Therapie und Prophylaxe der endemischen Struma. (Clin. chir., fac. de med., Cluj.) (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 4, S. 344—353.) (Rumänisch.) *
Caspary, Otto Heinrich, Ein seltener Fall von Struma aberrans. Ein Beitrag zur Lehre von den Nebenkröpfen. (Dissertation: Erlangen 1925.) 32, 879.
Coller, Frederick A., The inevitable damage consequent upon goiter. (Dep. of surg., univ. of Michigan, Ann Arbor.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 12, S. 545 bis 550.) 34, 147.
Coller, Frederick A., and Howard B. Barker, Endemic goiter, a precancerous lesion. (Dep. of surg., univ. of Michigan, Ann Arbor.) (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 8, S. 413—416.) 34, 147.
Colp, Ralph, and Henry W. Louria, Dyspnea following thyroid operations. (Laborat. of surg. research, Columbia univ. coll. of physic. a. surg., New York.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 200—218.) 33, 211.
Coulaud, E., Etat actuel du problème du goitre endémique. (Hôp. Laënnec, Paris.) (Rev. d'hyg. Bd. 47, Nr. 1, S. 5—28.) *
Courcy, Joseph L. de, Value of blood settling time in goiter. (Americ. journ. of surg. Bd. 89, Nr. 6, S. 129—132.) 32, 503.
Courcy, Joseph L. de, Improved goitre technic. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 215 bis 219.) 33, 211.
Crile, G. W., Surgery of the glands of internal secretion. (Endocrinology Bd. 9, Nr. 4, S. 301—309.) 34, 359.
Crotti, Andre, Goitre. (Journ. of the Indiane state méd. assoc. Bd. 18, Nr. 6, S. 210 bis 216.) *
Davies, E. A. and P. Bell, Intravenous injections of sodium iodide in the treatment of goitre. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 4, S. 163—165.) *
Deucher, Walter G., Sauerstoffmangel in seiner Wirkung auf die Histologie der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Zürich.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 362—390.) 34, 896.
Diwnogorskij, B. F., Die weiße Blutformel bei den Kropfkranken in der Baikalgegend. (Chir. Univ.-Klin., Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 53—61.) (Russisch.) 34, 501.
Dreesmann, Über Strumametastase. (St. Vincenzhaus, Köln.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 50, S. 1871—1872.) 34, 430.
Eckstein, A., Zur Behandlung des Kropfes im Säuglingsalter. (Univ.-Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 76, H. 1, S. 7—12.) 32, 758.
Eckstein, A., und E. Mommer, Weitere Untersuchungen über den Kropf im Kindesalter. III. Der Gas- und Jodstoffwechsel bei der Pubertätsstruma. (Univ. Kinderklin., Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, H. 5, S. 475 bis 487.) 34, 298.
Eckstein, A., und Maria Nuelle, Weitere Untersuchungen über den Kropf im Kindesalter. IV. Weitere experimentelle Untersuchungen über die Jodresorption in der Schilddrüse. (Akad. Kinderklin., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, H. 5, S. 488—492.) 34, 298.
Eiselsberg, A., Das Kropfproblem vom chirurgischen Standpunkt. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 1, S. 13—16.) 30, 921.
Else, J. Earl, Adenomatosis, or the diffuse adenomatous goiter. (Dep. of surg., univ. of Oregon med. school, Portland.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1878—1882.) 34, 503.
Falk, Henry C., The relationship between the pathologic and clinical aspects of the diseases of the thyroid gland. (French hosp. a. Harlem hosp., New York.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 1, S. 74—92.) 32, 824.
Finkelstein, H., Über die nichtendemischen Schilddrüsenvergrößerungen im Kindesalter. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 16, H. 6, S. 1—9.) 33, 210.
Franck-Kamenezkij, A., und N. Wachsberg, Wasseruntersuchungen des Baikalsees und des Flusses Sljudjanka. (Laborat. f. techn. u. analyt. Chem., Staatsuniv. Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 32—37.) (Russisch.) 34, 501.

Gamov, M., Die Erythrocyten und das Hämoglobin bei den Kropfkranken der Baikalgegend. (Chir. Univ.-Klin., Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. **3**, Nr. 13, S. 47—52.) (Russisch.) **34**, 501.
Geiger, Hermann, Über das Schicksal der Blutversorgung in Schilddrüsen nach Strumektomien. Mit Bemerkungen über die Bildung der neuen Schilddrüsenkapsel. (Pathol. Inst., Univ. Basel.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 4, S. 583—606.) **33**, 100.
Gmelin, E., und H. L. Kowitz, Die Funktionsänderungen der erkrankten Schilddrüse unter dem Einfluß chirurgischer Therapie, gemessen durch respiratorische Stoffwechseluntersuchungen. (Chir. u. med. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 340—355.) **34**, 148.
Greil, Alfred, Das Kropfproblem. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 25, S. 582 bis 585.) *
Guggisberg, Hans, Die Struma des Neugeborenen. (Univ.-Frauenklin., Bern.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. Konstitutionslehre Bd. **11**, H. 2/5, S. 280—293.) **32**, 708.
Hall, David C., Cassius M. Hofrichter and George J. Mohr, Incidence of goiter among school children. (Endocrinology Bd. **9**, Nr. 2, S. 137—143.) *
Heineck, Aime Paul, Operative and postoperative complications of subtotal thyroidectomy. (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 9, S. 529—535.) **34**, 300.
Heineck, Aime Paul, Complications incident to the operative treatment of simple goiter. (Med. times Bd. **53**, Nr. 9, S. 221—225.) **35**, 440.
Hercus, Charles E., W. Noel Benson and Charles L. Carter, Endemic goitre in New Zeland, and its relation to the soil-iodine. Studies from the university of Otago, New Zealand. (Journ. of hyg. Bd. **24**, Nr. 3/4, S. 321—402.) **34**, 576.
Hertzler, Arthur E., Classification of goiters on a pathological and clinical basis. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 9, S. 211—213.) **33**, 310.
Hittmair, Anton, Über die Beziehungen zwischen Kropf und Lungentuberkulose. (Med. Univ.-Klin., Innsbruck u. allg. öff. Krankenh. d. barmherzigen Schwestern v. heiligen Kreuz, Wels.) (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 412—419.) *
Jackson, A. S., Thyroidectomy under local anaesthesia. (Northwest med. **24**, S. 617.) **35**, 212.
Jackson, Arnold S., Goiter. With especial reference to treatment with iodin. (Ann. of clin. med. Bd. **3**, Nr. 7, S. 487—493.) **32**, 362.
Jackson, Arnold S., Iodin hyperthyroidism. Conclusions based on a study of 38 cases. (Sect. in surg., Jackson clin., Madison.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 2, S. 271—283.) **33**, 100.
Jackson, Arnold S., Iodin hyperthyroidism. An analysis of fifty cases. (Jackson clin., Madison.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 25, S. 1138—1140.) **35**, 228.
Jerry, W. I., Goiter. (Journ. of the Iowa state med. soc. **15**, S. 544.) **35**, 153.
Jordan, Sara M., Basal metabolic rates and their relation to end-results in thyroid disease. A statistical study. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 1, S. 1—17.) **32**, 824.
Josselin de Jong, R. de, Über Kropf in den Niederlanden. (Pathol. Inst., Univ. Utrecht.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **73**, H. 2, S. 313—365.) *
Just, Emil, Über seltenere Komplikationen nach Strumektomien. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 152—159.) **32**, 183.
Just, Emil, Zur Frage der Rezidivstruma. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 160—165.) **32**, 183.
Kimball, O. P., Endemic goiter as a public health problem. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 5, S. 207—209.) *
Kline, B. S., The origin of adenomatous goitre. (Dep. of pathol., Western reserve univ., Cambridge U. S. A.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 2, S. 235—239.) **31**, 825.
Kluge, Endre, Struma und Jod. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, H. 11, S. 421—425.) (Ungarisch.) **34**, 299.
Koopman, J., Die Kropffrage. (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 1, S. 5—12, H. 2, S. 32—40, H. 4, S. 77—84 u. H. 5, S. 109—114.) (Holländisch.) **32**, 758.
Kossizyn, J., Die Verbreitung des Kropfes unter den Schulkindern in der Baikalgegend. (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. **3**, Nr. 13, S. 28—31.) (Russisch.) **34**, 501.
Kraus, F., Funktionswert der Schilddrüse und Kropfproblem. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 1, S. 9—13.) **31**, 534.
Lapidus, R., Der Kropf in Weißrußland. Vorl. Mitt. (Chir. Fak.-Klin., Weißruss. Univ. Minsk, Prof. Rubaschev.) (Belorusskaja medicinskaja mysl Jg. **2**, Bd. 1, Nr. 4/5, S. 91—97.) (Russisch.) **34**, 500.
Levin, Simon, Comparative study of 100 subtotal thyroidectomies from a single goitre zone. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 10, S. 527—534.) **33**, 804.

Lewit, W., Über den Kropf in der Umgebung des Baikalsees. (Chir. Univ.-Klin., Irkutsk, Ostsibirien.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 3—27.) (Russisch.) 34, 500.
Liek, E., Über die Häufigkeit der großen Schilddrüse in der norddeutschen Tiefebene. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1779—1780.) 34, 359.
Lobmayer, G., Kropf und vegetatives Nervensystem. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 235.
Lund, Charles C., and E. P. Richardson, Variations in blood sugar in relation to operation on the thyroid gland. (III. surg. serv., Massachusetts gen. hosp., Boston.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 172—179.) 33, 211.
McGuire, Stuart, Jodin and goiter. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 2, S. 87 bis 92.) 32, 585.
Maclean, N. J., Observations on the treatment of goiter. (Journ. of the Iowa state med. soc. 15, S. 653.) 35, 228.
Maclean, Neil John, Observations on the treatment of goiter. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 5, S. 354—358.) 32, 281.
Mayo, Charles H., The use of iodine in the treatment of goitre. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 46, S. 530—532.) 34, 696.
Meeker, Louise H., Riedel's struma associated with remnants of the post-branchial body. (Dep. of pathol. a. bacteriol., New York post-graduate med. school a. hosp.) (Americ. journ. of pathol. Bd. 1, Nr. 1, S. 57—67.) 31, 605.
Merke, F., Die Grundumsatzbestimmungen bei Kropfpatienten mit dem Kroghschen Apparat. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 488—489.) 33, 715.
Michelsohn, G., Zur Frage über die Ätiologie der Beckschen Krankheit und des endemischen Kropfes. (Moskovskij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 75—80.) (Russisch.) 35, 227.
Middleton, George W., Goiter in the intermountain region of Utah. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 16, S. 1172—1173.) *
Mijušković, J., Speiseröhrenspasmus nach Resektion der Struma. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 12, S. 719—720.) (Serbo-kroatisch.) 34, 502.
Moorhead, Edward L., Symposium on goiter from the viewpoint of the surgeon. (Mercy hosp., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 6, S. 444—447.) 34, 299.
Noehren, Alfred H., Intrathoracic goiter. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 8, S. 192—195.) 33, 716.
Ochsner, Albert J., Practical points in connection with goitre surgery. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 270—272.) 31, 452.
Okamuro, Tokunosuke, Über die Vakuolenbildung im Kolloid der Schilddrüse. (Pathol. Inst., med. Akad., Kyoto.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. 14, S. 62—63.) 37, 329.
Olesen, Robert, Endemic goiter in Colorado. (Public health reports Bd. 40, Nr. 1, S. 1—22.) *
Oppel, V. A., Über Wechselbeziehungen in den Funktionen der endokrinen Drüsen. (Chir. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Oppel, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 10—14.) (Russisch.) 35, 551.
Pemberton, John de J., Present-day surgical treatment of diseases of the thyroid gland. (Div. of surg., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1882—1888.) 34, 503.
Pemberton, John de J., Notes on technical difficulties of surgery of the thyroid. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 743—752.) 32, 825.
Petényi, Géza, Über die Jodtherapie bei substernalen Strumen im Kindesalter. (Kinderklin., Univ. Budapest.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 30, H. 5, S. 419 bis 421.) 33, 475.
Plummer, William A., Iodin in the treatment of goiter. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1145—1151.) 32, 98.
Rausch, Zoltán, Kropfbehandlung mit kleinen Joddosen in Trinkkurform. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 48, S. 1169—1170.) (Ungarisch.) 34, 146.
Ravina, A., Une nouvelle conception étiologique du goitre endémique. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 87, S. 1442—1444.) 34, 359.
Richardson, E. P., The surgical aspect of thyrotoxicosis. (Radiology Bd. 4, Nr. 6, S. 458—463.) 32, 758.
Rossenbaum, B., Die Blutplättchen bei Kropfkranken in der Baikalgegend. (Chir. Univ.-Klin., Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 13, S. 62—72.) (Russisch.) 34, 501.
Roubal, Jan, Struma congenita. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 19/20, S. 795 bis 800.) (Tschechisch.) 32, 503.

Rush, Homer P., and L. T. Jones, Thyroid studies I. The distribution of goitre among indians; its bearing upon the etiology. (Dep. of physiol., univ. of Oregon med. school, Portland.) (Endocrinology Bd. 9, Nr. 5, S. 372—382.) *

Sauer, Hans, Zur Frage der histologischen Veränderungen der Schilddrüsenerkrankungen unter Berücksichtigung des klinischen Bildes. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 354 bis 362.) 31, 451.

Scal, J. Coleman, Report of a series of hypertrophied thyroids treated with radium. (Beth Israel hosp., New York.) (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 745 bis 747.) 34, 891.

Schneider, Friedrich, Über die Recurrensschädigung bei den Kropfoperationen an der Würzburger Chirurgischen Universitätsklinik von 1919—1923. (Auszug aus einer Dissertation.) (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 369—375.) 33, 311.

Schroetter, Hermann, Zur Kenntnis der Verbreitung des sogenannten endemischen Kropfes im schulpflichtigen Alter in Wien und den Landeshauptstädten. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 2, S. 72—74.) 30, 921.

Schroetter, Hermann, Die Verbreitung des sogenannten endemischen Kropfes im schulpflichtigen Alter in den österreichischen Bundesländern. (Mitt. d. Volksgesundheitsamtes, Wien Sonderbeil. 23 S.) *

Schultze, Hermann, Über einen Fall von Chylothorax hervorgerufen durch Kompression der Mündungsstelle des Ductus thoracicus durch eine Struma substernalis. (III. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 17, S. 455 bis 456.) 32, 22.

Sise, L. F., Aids in predicting the degree of postoperative thyreoid reaction. A study based on 1000 consecutive cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 57 bis 62.) 33, 230.

Sise, Lincoln F., Anesthesia for thyroid surgery. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 5, S. 287—298.) 34, 11.

Steichele, Hermann, und Adolf Schlosser, Zur Frage der Tetaniebereitschaft Kropfkranker und Kropfoperierter. (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 176—180.) 31, 452.

Stephani, Jeanne, Recherches sur le métabolisme basal. (Clin. chir., univ., Genève.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 32, S. 732—741.) 33, 803.

Sudeck, P., Über die Totalexstirpation der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 4, S. 533—561.) 32, 504.

Tanabe, Hiroshi, Experimenteller Beitrag zur Ätiologie des Kropfes. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 73, H. 2, S. 415 bis 431.) 32, 585.

Technik, Über die — der Schilddrüsenoperation. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 3, S. 87—90.) (Polnisch.) *

Terry, Wallace Irving, Goiter. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 1, S. 46—48.) *

Tiffin, C. C., Some experiences in local anaesthesia in goiter surgery. (Northwest med. 24, S. 614.) 35, 212.

Tivnen, Richard J., Ocular manifestations of exophthalmic goiter and the larynx in goiter. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 6, S. 451—455.) *

Troell, Abraham, Augensymptome bei Strumakranken. (Avdel. I, kir. klin., Serafimerlas., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 11, S. 321—328.) (Schwedisch.) 31, 823.

Troell, Abraham, Zwei Mitteilungen über Struma. (Chir. Klin. I, Seraphimerlaz., Stockholm.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 751—762.) 32, 22.

Verebély, Tibor, Struma callosa. (Orvosképzés Jg. 15, H. 2, S. 89—93.) (Ungarisch.) 33, 582.

Vidlička, Jaroslav, Bemerkungen zur Chirurgie der vergrößerten Schilddrüse. (Chir. Klin. Prof. Dr. Kostlivého, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 6, S. 223—231.) (Slowakisch.) 32, 281.

Walter, Otis M., Preliminary report of the complete surgical resection of the thyroid gland. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 1, S. 31—34.) 31, 536.

Wegelin, C., Das Kropfproblem. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 1, S. 5 bis 9.) 31, 534.

Wegelin, C., und J. Abelin, Weitere Untersuchungen über die Wirksamkeit menschlicher Kröpfe im Kaulquappenversuch. (Pathol. u. physiol. Inst., Univ. Bern.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 105, H. 3/4, S. 137—168.) *

Weiss, Viktor, Struma und Vagotonie. (Chir. Abt., Graf Apponyi-Poliklin., Budapest.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 763—769.) 32, 183.

Weisz, Gyözö, Die Untersuchung des vegetativen Nervensystems von Strumakranken. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 3, S. 49—51.) (Ungarisch.) **31**, 826.
Żolondze, A. K., Zur Kasuistik des Kropfes bei Kindern. (Chir. Abt., Neustädt. Krankenh., Taschkent.) (Kazanskij medicinskij żurnal Jg. **21**, Nr. 12, S. 1279 bis 1283.) **35**, 440.

Allgemeine Pathologie und Behandlung der Basedowschen Krankheit.

Adlersberg, D., und O. Porges, Über die Behandlung des Morbus Basedow mit Ergotamin (Gynergen). (I. med. Univ.-Klin., Wien.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 31, S. 1489—1493.) **34**, 644.
Bálint, Rezsö, Neues Verfahren in der Therapie der Basedowschen Krankheit. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 16, S. 349—350.) (Ungarisch.) **33**, 101.
Bálint, Rudolf, Neues diätetisches Verfahren bei Basedowkranken. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 26, S. 1263—1264.) **33**, 311.
Beresow, E. L., Weitere Beobachtungen über die Bedeutung der Labilität der Lymphocytose für die Prognose bei Morbus Basedow. (Chir. propädeut. Klin., I. Staats-Univ., Moskau.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 166—193.) . **32**, 184.
Bobbio, L., Contributo alla chirurgia della tiroide. (A proposito di 272 interventi.) (Osp. magg., S. Giovanni Battista della città, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 719—752.) **32**, 825.
Bujadoux, Syndrome de Basedow d'origine syphilitique et guérison par le traitement. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 25, S. 753—755.) *
Burnet, James, Exophthalmic goitre in children. Report of a case with notes and illustrations. (School of med., roy. coll., Edinburgh.) (Internat. clin. Bd. **1**, Ser. 35, S. 94—96.) **32**, 363.
Campbell, J. M. H., The geographical distribution of exophthalmic goitre in the British Isles. (Quart. journ. of med. Bd. **18**, Nr. 70, S. 191—223.) *
Cassownikov, P., Zur Chirurgie des Morbus Basedow. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, Jekaterinoslaw, 12.—15. IX. 1924, S. 136—138.) (Russisch.) **34**, 431.
Castex, M. R., und M. Schteingart, Der Grundumsatz beim Basedow. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 12, S. 567—573.) (Spanisch.) *
Cattell, Richard B., The pathology of exophthalmic goitre. A histological and chemical study of the changes following the administration of iodin (Lugol's solution). (Dep. of surg., Harvard med. school a. Lahey clin., deaconess hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 21, S. 989—996.) **33**, 212.
Christie, Arthur C., A comparison of the results of surgical and Roentgen-ray treatment of exophthalmic goiter. (Radiology Bd. **4**, Nr. 6, S. 464—469.) **33**, 199.
Curschmann, H., Über schwere Magenstörungen und Gelenkerkrankungen bei Morbus Basedow. (Med. Klin., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 13—27.) **32**, 825.
Dal Collo Bonaretti, Maria E., Morbo di Basedow e gravidanza. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. 2, S. 17—19.) *
Delherm et Laquerrière, Le traitement électrique du syndrome de graves. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 51, S. 526—528.) **34**, 149.
Dufourmentel, L., Le traitement chirurgical du goitre exophthalmique. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 115—121.) **32**, 827.
Dunhill, T. P., Exophthalmic goitre. (West London med. journ. Bd. **30**, Nr. **4**, S. 195 bis 205.) *
Erath, John, Symptômes oto-rhino-laryngologiques de la maladie de Basedow fruste. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 10, S. 343—346; Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-oesophagoscopie Bd. **23**, Nr. 5, S. 182 bis 185.) **32**, 826.
Fiori, Paolo, Il gozzo esoftalmico in chirurgia. Relazione all'adunanza della società di chirurgia e medicina interna, Roma, ottobre 1925.) (Roma: Soc. tip. A. Manuzio 133 S.). *
Fiori, Paolo, e A. Ferrata, Il gozzo esoftalmico in chirurgia. (31. congr., soc. ital. di med. interna, Roma, 26.—29. X. 1925.) (Folia med. Jg. **11**, Nr. 23, S. 914 bis 917.) **34**, 697.
Fraser, Francis R., An address on iodine in exophthalmic goitre. (St. Bartholomew's hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. **3340**, S. 1—4.) **31**, 824.
Gavazzeni, Silvio, e Augusto Jona, La terapia fisica nel morbo di Flaiani Basedow. (Riv. di idrol. climatol. e terapia fisica Jg. **36**, Nr. 6, S. 223—229.) **33**, 477.

Gram, Chr., Myxödem (Hypothyreoidismus) nach Basedowscher Krankheit (Hyperthyreoidismus) infolge exzessiver Röntgenbehandlung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 51, S. 1128—1130.) (Dänisch.) **34**, 300.

Greenberg, Max, Notes on a case of exophthalmic goitre in a child. (South African med. record Bd. **23**, Nr. 6, S. 118—120; Med. journ. of South Africa Bd. **20**, Nr. 8, S. 215—218.) *

Hélie, Yves, Valeur de l'éctrothérapie dans le traitement du goitre exophtalmique. (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 19, S. 690.) **33**, 421.

Hepner, Josef, und F. Nikišin, Stoffwechsel, Sympathicus und Parasympathicus bei Morbus Basedowi. (Biol. listy Jg. **11**, Nr. 5, S. 333—339.) (Tschechisch.) **34**, 148.

Holzweissig, Hans, Das Krankheitsbild des Morbus Basedow und die dabei beobachteten pathologisch-anatomischen Veränderungen in der Schilddrüse und einigen anderen Blutdrüsen. (Stadtkrankenh., Chemnitz.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 276—285.) **33**, 804.

Hutton, James H., Classification of goiter from the standpoint of the general practitioner. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 1, S. 52—55.) *

Hyman, Harold Thomas, and Leo Kessel, Exophthalmic goiter (Graves' syndrome) and involuntary nervous system. XII. Pathogenesis. (Med. dep., Mount Sinai hosp. a. dep. of pharmacol., Columbia univ. coll. of physic. a. surg., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 14, S. 1017—1022.) **34**, 577.

Jackson, Arnold S., Jodine as an aid to surgery in the treatment of exophthalmic goitre. (Mayo found., Madison.) (Lancet Bd. **208**, Nr. 15, S. 759—761.) **32**, 24.

Jackson, Arnold S., The effect of the administration of iodine upon exophthalmic goitre. A study of seventy cases thus treated. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 739 bis 747.) **32**, 99.

Isler, Walter, Die chirurgische Behandlung der Basedowstruma. (Krankenanst. Frauenfeld [Schweiz].) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 41, S. 938 bis 940.) **33**, 716.

Jülich, W., Morbus Basedow und Schwangerschaft. (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 25, S. 928—930.) **33**, 716.

Kessel, Leo, and Harold Thomas Hyman, Exophthalmic goiter (Graves' syndrome) and involuntary nervous system. XI. Causes of death, with especial reference to pathogenesis and treatment by thyroxin of „acute crises". (Med. serv., Mount Sinai hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 23, S. 1720 bis 1722.) **33**, 582.

Klewitz, Felix, Die Behandlung der Basedowschen Krankheit. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 36, S. 1734—1736.) **33**, 805.

Klose, Heinrich, Morbus Basedow durch sekundäre Tumoren der Schilddrüse. Beobachtungen bei Hypernephrommetastasen in der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2/3, S. 439—456.) **32**, 100.

Kohlmann, Margarete, Kasuistischer Beitrag zur Behandlung des Morbus Basedowii mit kleinen Joddosen. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 6, S. 226—227.) *

Koopman, J., Über konjugale und luetische Basedowsche Krankheit. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 43, S. 1159—1160.) **33**, 805.

Kosanović, B., Über die Resektion des Halssympathicus bei Morbus Basedow. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 2, S. 64—73.) (Serbo-kroatisch.) **32**, 20.

Krecke, A., Vorbehandlung der Basedowkranken vor der Kropfresektion. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 866—869.) **32**, 22.

Ladwig, Nachuntersuchungen an 200 operierten Basedowfällen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 671.

Ladwig, Arthur, Nachuntersuchungen an Basedow-Operierten. Ein Beitrag zum Basedow-Problem. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 367—388.) **34**, 80.

Lévi, Léopold, Opothérapie et syndrome de Basedow. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. 4, S. 122—127.) **33**, 476.

Leyro Díaz, J., und R. López Ramírez, Chirurgie der Basedowschen Krankheit. Völliges Verschwinden einer kompletten Arhythmie, elektrodiographisch nachgewiesen. (Bol. del inst. de med. exp. Jg. **1**, Nr. 4, S. 122—129.) (Spanisch.) **32**, 826.

Liek, E., Zur Basedowfrage. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 246 bis 275.) **33**, 804.

Liljestrand, G., and N. Stenström, Clinical studies on the work of the heart during rest. I. Blood flow and blood pressure in exophthalmic goiter. (Serafimlasarett. a. physiol. laborat., Karolinska inst., Stockholm.) (Acta med. scandinav. Bd. **63**, H. 1/2, S. 99—129.) (Schwedisch.) **35**, 155.

Lissitzin, M. S., Zur Frage der Glykosurie bei gewissen endokrinen Erkrankungen. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. 1, S. 49—55.) (Russisch.) 35, 365.
Livet, L., Bonnet-Lemaire et Roger, Traitement du goitre exophtalmique par les rayons ultra-violets et les vibrations à basse fréquence. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 4, S. 148—150.) 33, 326.
Márquez, Die intravenöse Injektion von gelatinisiertem Serum bei Basedow. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3757, S. 589.) (Spanisch.) *
Merke, F., Über Gynergen bei Kropfoperationen, insbesondere bei Basedowoperationen. (Chir. Klin., Univ. Basel.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 17, S. 924 bis 926.) 32, 184.
Milani, Eugenio, La radioterapia del morbo di Flajani-Basedow. (31. congr., soc. ital. di med. interna, Roma, 26.—29. X. 1925.) (Folia med. Jg. 11, Nr. 23, S. 917 bis 920.) 34, 696.
Olivieri, Enrique M., Über die Behandlung des Basedow. (Rev. méd. latino-americana Jg. 10, Nr. 116, S. 894—896.) (Spanisch.) *
Oppel, V. A., Über Wechselbeziehungen in den Funktionen der endokrinen Drüsen. (Chir. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Oppel, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pogranicnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 10—14.) (Russisch.) 35, 551.
Pavlovsky, Alejandro J., Unterbindung der Thyreoidea inferior und Basedow. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 7, S. 345—350.) (Spanisch.) 32, 99.
Piatot, A., Les indications actuelles du traitement du goitre exopthalmique. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 4, S. 107—114.) 32, 826.
Piatot, A., Traitement hydrominéral du goitre exophthalmique. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 4, S. 128—134.) 33, 477.
Pollitzer, Hanns, und Ernst Stolz, Die Gaswechselreaktionen und ihre Bedeutung für die Pathologie und die Indikationen der Therapie des Morbus Basedowii. (II. med. Univ.-Klin., Wien.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 44, S. 2114—2115.) 33, 805.
Pool, Eugene H., Nellis B. Foster, Harold E. B. Pardee and F. J. McGowan, Exophthalmic goiter. (New York hosp.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 1—48.) 32, 879.
Portret, Stephen, et Yves Helie, Sur le traitement électrique du goitre exophtalmique. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 2, S. 55—66.) 32, 329.
Redlich, Fritz, Über die Gefahren der Jodtherapie des Morbus Basedow und der Hyperthyreosen. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 41, S. 1102—1106.) 35, 229.
Richter, P. F., Über Insulinbehandlung des Morbus Basedowii. (Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 39, S. 1454.) 34, 149.
Richter, Sölve, Bemerkungen über die Jodbehandlung des Morbus Basedowii. (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 47, S. 1321—1326.) (Schwedisch.) 35, 293.
Rienhoff jr., William Francis, The histological changes brought about in cases of exophthalmic goitre by the administration of iodine. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 5, S. 285—306.) 34, 79.
Rohrböck, József, Jod-Atoxyl in der Therapie der Basedow-Krankheit. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 29—36.) (Ungarisch.) 34, 300.
Sandelin, E., Einige Gesichtspunkte über Morbus Basedowii und dessen Behandlung. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 22—33.) 31, 160.
Shephard, John Hunt, Factors influencing the morbidity and mortality of exophthalmic goiter. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1146—1149.) 33, 478.
Sturgis, Cyrus C., and James A. Greene, Nutritional changes in exophthalmic goiter. The effect of Lugol's solution. (Med. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of internal med. Bd. 36, Nr. 4, S. 561—578.) 34, 360.
Sundelin, Fredrik, Über einige Fälle von Basedowscher Krankheit nebst Bemerkungen über die Jodbehandlung. (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 40, S. 1121 bis 1131.) (Schwedisch.) 34, 577.
Sundelin, Fredrik, Über Jodbehandlung des Morbus Basedowii. (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 52, S. 1465—1469.) (Schwedisch.) 34, 577.
Szentkirályi, Zsigmond, Spätluetische Schilddrüsenerkrankung mit Basedow-Symptomen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 34, S. 819—820.) (Ungarisch.) *
Troell, Abraham, Augensymptome bei Strumakranken. (Avdel. I, kir. klin., Serafimerlas., Stockholm.) (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 11, S. 321—328.) (Schwedisch.) 31, 823.
Troell, Abraham, Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Infektionskrankheiten für den Morbus Basedowii. (Kir. klin. Serafimerlas, Stockholm.) (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 5, S. 129—133.) (Schwedisch.) 32, 587.

Troell, Abraham, Erfahrungen über die Diagnose und die Behandlung der Basedowschen Krankheit. (Hygiea Bd. 87, H. 11, S. 417—436.) (Schwedisch.) 33, 477.
Troell, Abraham, Diagnostic et traitement de la maladie de Basedow, spécialement au point de vue chirurgical. (Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 4, S. 369—384.) 33, 806.
Unverricht, Experimentelle Untersuchungen über die Ursache des Exophthalmus. (III. med. Klin., Univ. Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 18, S. 878 bis 879.) 32, 333.
Weill, René, Traitement du goitre exophthalmique par les agents physiques. (Oeuvre méd. Jg. 8, Nr. 10, S. 296—298.) 34, 431.
Wiesel, J., Über Zunahme des Morbus Basedow und von Thyreosen in Wien nebst Bemerkungen über die Jodtherapie obiger Syndrome. (Kaiser Franz Josef-Spit., Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 39, S. 1445—1448.) 34, 643.

Tuberkulose und Syphilis der Schilddrüse.

Aubriot, P., Formes chirurgicales de la tuberculose thyroïdienne. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 72, S. 1207—1209.) 34, 79.
Bujadoux, Syndrome de Basedow d'origine syphilitique et guérison par le traitement. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 25, S. 753—755.) *
Koopman, J., Über konjugale und luetische Basedowsche Krankheit. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 43, S. 1159—1160.) 33, 805.
Lasch, C. H., Struma gummosa. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 738—739.) 31, 825.
Szentkirályi, Zsigmond, Spätluetische Schilddrüsenerkrankung mit Basedow-Symptomen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 34, S. 819—820.) (Ungarisch.) *

Schilddrüsengeschwülste.

Ashhurst, Astley P. C., and C. Y. White, Carcinoma in an aberrant thyroid at base of tongue. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 16, S. 1219—1220.) *
Bobbio, L., Contributo alla chirurgia della tiroide. (A proposito di 272 interventi.) (Osp. magg., S. Giovanni Battista della città, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 719—752.) 32, 825.
Breitner, B., Das Carcinom der Schilddrüse. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 1, S. 37—41.) 30, 923.
Craver, Lloyd F., Cancer of the thyroid and its present-day treatment. (Mem. hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 833—853.) 34, 504.
Custer, Hugo, Zur Kenntnis des Teratoms der Schilddrüse. (Pathol. Inst., Univ. Zürich.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 33, H. 2, S. 125—140.) 34, 360.
Eisen, David, Malignant tumors of the thyroid: An analysis of seven cases with a study of the structure and function of the metastases. (Cancer serv., Montefiore hosp., New York.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 1, S. 61 bis 74.) 32, 827.
Fedeli, F., Contributo alla conoscenza dei tumori tiroidei. (Adenoma proliferante e adenoma paratiroideo maligno della tiroide. (Istit. di chir., univ., Genova.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 7, S. 623—647.) 33, 717.
Fedeli, Fedele, I tumori a struttura tiroidea delle regioni laterali del collo. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 2, S. 167—224.) 34, 575.
Ferrero, V., e G. Sacerdote, Tumori tireoidei e paratireoidei nelle ossa. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 3, S. 274—288.) 34, 149.
Graham, Allen, Malignant tumors of the thyroid. Epithelial types. (Dep. of surg. a. of pathol., Lakeside hosp. a. school of med., Western reserve univ., Cleveland.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 30—44.) 34, 80.
Hördemann, Robert, Ein Fall von Teratom der Schilddrüsengegend. (Pathol. Inst., Univ. Göttingen.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 32, S. 245—258.) 33, 101.
Klose, Heinrich, Morbus Basedow durch sekundäre Tumoren der Schilddrüse. Beobachtungen bei Hypernephrommetastasen in der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 439—456.) 32, 100.
Krompecher, E., Zur vergleichenden Histologie der malignen epithelialen Schilddrüsengeschwülste. (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 73, H. 2, S. 386 bis 403.) 32, 363.
Moritsch, Paul, Ein Fall von Amyloidkropf. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 361—368.) 32, 709.

Overhamm, Gregor, Jackson-Epilepsie auf Grund von Gehirnmetastasen eines primären Schilddrüsencarcinoms. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 98, H. 5, S. 755—762.) *
Schulz, Herbert, Über prinzipiell verschiedene Riesenzelltypen in einem Riesenzellsarkom der Schilddrüsen. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Halle a. S.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 74, H. 1, S. 77—87.) *
Stropeni, Luigi, La diagnosi precoce del cancro della tiroide e delle paratiroidi. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 103 bis 107.) *
Szurzec, Antoni, Ein bösartiger Kropf mit dem histologischen Bau eines gutartigen Kropfes. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 50, S. 1063.) (Polnisch.) *
Tammann, H., Über ein Teratom der Schilddrüse. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 2, S. 230—234.) *
Ugrjumov, B., Zur Kasuistik der Geschwülste der Schilddrüse. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Baku.) (Žurnal teoretičeskoj in praktičeskoj mediciny Bd. 1, H. 3/4, S. 401 bis 402.) (Russisch.) *
Walton, A. J., The diagnosis of malignant disease of the thyroid. (Lancet Bd. 208, Nr. 13, S. 650—655.) 32, 587.

Nebenschilddrüsen.

Blum, F., Studien über die Epithelkörperchen. Ihr Sekret, ihre Bedeutung für den Organismus, die Möglichkeit ihres Ersatzes. (Biol. Forschungsinst., Frankfurt a. M.) (Jena: Gustav Fischer 1925. 144 S. u. 8 Taf. RM. 12.—.) 33, 209.
Campos, Edilberto, Einfache und praktische Methode zur Sterilisierung schneidender Instrumente. (Brazil-med. Bd. 1, Nr. 20, S. 249—251.) (Portugiesisch.) *
Charbonnel, Tétanie parathyréoprive et greffes parathyroïdiennes. Etat actuel de la question . . . (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 2, S. 113—131.) 32, 99.
Danisch, Felix, Die menschlichen Epithelkörperchen im Senium. (Pathol. Inst., Univ. Jena.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 32, S. 188—216.) *
Ferrero, V., e G. Sacerdote, Tumori tireoidei e paratireoidei nelle ossa. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 3, S. 274—288.) 34, 149.
Gödel, A., Epithelkörperchentumoren bei tumorbildender Ostitis fibrosa. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Graz.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 9, S. 246—250.) *
Hanson, Adolph M., The hormone of the parathyroid gland. (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Mai-H., S. 560—561.) 33, 714.
Hoffheinz, Über Vergrößerungen der Epithelkörperchen bei Ostitis fibrosa und verwandten Krankheitsbildern. (Pathol. Inst., Univ. Berlin.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 3, S. 705—735.) 33, 259.
Kerl, Fritz, Zur Frage der Epithelkörperchenhyperplasien bei Osteomalacie und Osteoporose. (Pathol. Inst., Univ. Göttingen.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 31, S. 1271—1273.) 34, 300.
Masima, Hiroshi, Über die Regeneration der Schilddrüse und des Epithelkörperchens. (Pathol. Inst., Univ. Sapporo.) (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. 15, S. 127—128.) 37, 736.
Ogawa, Shigeshi, Experimentelle Untersuchungen über die Funktionen der Epithelkörperchen. II. Mitt.: Epithelkörperchen als wärmeregulierendes Organ. (Chir. Klin., med. Akad., Keijo [Jap.].) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 109, H. 5/6, S. 300—317.) 36, 805.
Protopopov, W., Über die motorischen Reflexe nach Entfernung der Parathyreoidea. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1939—1940.) (Russisch.) 35, 441.
Stovin, Joseph S., Observations on the effect of radium on the parathyroids. (Beth Israel hosp., New York.) (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 747 bis 748.) 34, 891.
Stropeni, Luigi, La diagnosi precoce del cancro della tiroide e delle paratiroidi. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 103—107.) *
Valkanyi, Raoul, Les parathyroïdes dans leur rapport avec la chirurgie du goitre. Etude anatomo-clinique. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 28, S. 452—454.) 32, 282.

Tetanie, Myxödem und Kretinismus, Schilddrüsentransplantationen.

Boyd, T. E., W. C. Austin and E. F. Ducey, Attempts to control parathyroid tetany by the oral administration of ammonium chloride. (Dep. of physiol. a. biochem., Loyola univ. school of med., Chicago.) (Americ. journ. of physiol. Bd. 77, Nr. 1, S. 225—232.) 36, 805.

Breitfuß, Ein Fall von Tetania parathyreopriva, geheilt durch homoplastische Transplantation der Nebenschilddrüse. (Permskij medicinskij žurnal Bd. 8, Nr. 5/6.) (Russisch.) 87, 508.
Brodersen, N. H., Tetanie nach Operationen an der Schilddrüse. (Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 12, S. 1293—1304.) (Norwegisch.) 84, 360.
Charbonnel, Tétanie parathyréoprive et greffes parathyroïdiennes. Etat actuel de la question . . . (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 2, S. 113—131.) 82, 99.
Ebbell, B., Die Ätiologie des endemischen Kretinismus und der Struma. (Norsk magaz. f. Laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 2, S. 145—155.) (Norwegisch.) 81, 670.
Eiselsberg, A., Dauernde Einheilung eines in die Bauchhöhle verpflanzten Schilddrüsenadenoms. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 342 bis 350.) 83, 583.
Engländer, Martin, Zur Therapie des Myxödem forme fruste (Erwachsener) mit Mikrojoddosen zugleich zur biologischen Bedeutung des Jods im Schilddrüsenhormon. II. Tl. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 12, S. 327—330.) 86, 693.
Gram, Chr., Myxödem (Hypothyreoidismus) nach Basedowscher Krankheit (Hyperthyreoidismus) infolge exzessiver Röntgenbehandlung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 51, S. 1128—1130.) (Dänisch.) 84, 300.
Lawrence, Charles H., Thyroid failure without myxedema. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 6, S. 1779—1788.) 83, 310.
Maier, Otto, Über die Tetanie nach Kropfoperationen. (Chir. Klin., Univ. Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 826—833.) 32, 98.
Ravenswaaij, Th. S. van, Die Tetaniebehandlung. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 12, S. 1327—1328.) (Holländisch.) 82, 185.
Sainton, Paul, La tétanie post-opératoire. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 10, S. 371 bis 377.) 84, 645.
Snell, Albert M., Parathyroid extract in treatment of a case of tetany. (Div. of med., Mayo clin. a. Mayo found., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 21, S. 1632—1633.) 85, 294.
Steichele, Hermann, und Adolf Schlosser, Zur Frage der Tetaniebereitschaft Kropfkranker und Kropfoperierter. (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 176—180.) 81, 452.
Sturgis, Cyrus, C., and Walter B. Whiting, The treatment and prognosis in myxedema. (Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 26, S. 2013—2017.) 85, 155.

Thymus.

Anatomie und Physiologie der Thymus.

Čižev, I., Ergebnisse der Exstirpation und Transplantation des Thymus. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 188—193.) (Russisch.) 85, 742.
Leone, P., Timo in rapporto all'etero- e alla cloronarcosi sperimentale. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Palermo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 561—579.) 84, 215.
Scheer, Kurt, Über die Einwirkung der Thymusdrüse und des Wachstumvitamins auf das Wachstum. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 16, S. 702—703.) *

Pathologie der Thymus.

Chalier, J., et Schoen, Mort rapide par hypertrophie du thymus. (Soc. méd. des hôp., Lyon, 10. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 26, S. 795—800.) 82, 760.
Cortese, G., Un caso di carcinoma primario della ghiandola del timo. (Krankenh. St. Vincent, Köln.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 8, S. 417—424.) *
Evert, J. A., Malignant tumors of the thymus; with the report of a case. (Minnesota med. 8, S. 730.) 85, 743.
Freude, E., und Ellie Sp. Kanellis, Über die Wirkung der segmentären paravertebralen Novocaininjektion bei intraabdominellen und intrathorakalen Erkrankungen. (III. med. Univ.-Klin., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1597 bis 1599.) 83, 214.
Friedlander, Alfred, and Nathan Chandler Foot, Report on a case of malignant small-celled thymoma with acute lymphoid leukemia. (Dep. of med. a. pathol., Cincinnati gen. hosp., a. coll. of med., univ., Cincinnati.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 2, S. 161—176.) 82, 760.

Materna, Duboisscher Thymusabsceß bei Rückfallfieber. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. V. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **86**, Ergänz.-H., S. 354—358.) *

Sakamoto, Osamu, Über die Veränderung des Thymus nach der Splenektomie. (Pathol. Inst., med. Univ. Nagoya.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. **14**, S. 62.) *

Sutton, Ernest, Tumour of the thymus gland. (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 5, S. 110.) *

Zajesvloschin, M. N., Carcinoma der Thymus. (Pathol.-anat. Univ. Inst. u. pathol.-anat. Kabinett, städt. Alte Krankenh., Odessa.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **254**, H. 1, S. 63—69.) *

Brust.

Allgemeines.

Alden, B. F., Combined satchel handle or tubed pedicle and large delayed whole skin pedicle flaps in a case of plastic surgery of face, neck, and chest. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 493—496.) **33**, 709.

Burnier et Rejsek, Fistule branchiale cervicale. (Clin. prof. Jeanselme, Paris.) (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. **32**, Nr. 5, S. 240—242.) *

Felix, Willy, Sensibilität der Brustorgane. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 145—154.) **34**, 301.

Flörcken, H., Kosmetische Rücksichten in der operativen Chirurgie des Halses, der Brust und des Bauches. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 12, S. 463—465.) *

Geselevič, A., Über den Charakter der Wechselbeziehungen zwischen den knöchernen Räumen und den in ihnen verschlossenen Organen und deren Bedeutung für die Klinik. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., Moldt-med. Akad., Leningrad.) (Irkutskij medicinskij žurnal Bd. **4**, Nr. 3/4, S. 13—20.) (Russisch.) *

Hedblom, Carl A., The evolution of thoracic surgery as a specialty. (Sect. on thorac. surg., Mayo clin., Rochester.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 267—277.) **31**, 367.

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) **33**, 195.

Lilienthal, Howard, Thoracic surgery as a specialty. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 191—197.) **31**, 368.

Lilienthal, Howard, Thoracic surgery. (London: W. B. Saunders Comp. 1925. sh. 14.—.) *

Lobmayer, Géza, Die Thorakoskopie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 42, S. 1010 bis 1012.) (Ungarisch.) **34**, 301.

Sauerbruch, Ferdinand, Die Chirurgie der Brustorgane. Zugleich 2. Aufl. der Technik der Thoraxchirurgie v. F. Sauerbruch u. E. D. Schumacher. 2. Bd. Die Chirurgie des Herzens und seines Beutels, der großen Gefäße, des Mittelfellraumes, des Brustlymphganges, des Thymus, des Brustteiles der Speiseröhre, des Zwerchfelles, des Brustfelles. Mit einem anatomischen Abschnitte v. Walther Felix. (Berlin: Julius Springer 1925. XXXI, 1075 S. u. 2 Taf. Geb. RM. 258.—.) **31**, 913.

Schwartz, A., et G. Métivet, Chirurgie du thorax et du membre supérieur. (Précis de technique opérat. par les prosecteurs de la fac. de méd. de Paris. Nouvelle série.) 5., entièrement refondue éd. (Paris: Masson et Cie 1925. VIII, 248 S. Frcs. 12.—.) **34**, 301.

Unverricht, Technik und Methodik der Thorakoskopie. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 11, S. 847—850.) (Spanisch.) **33**, 240.

Brustwand.

Ameuille, P., La fracture spontanée du 1. cartilage costal ossifié. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 4, S. 147—149.) **31**, 369.

Baum, Leo, Über einen Fall von rechtsseitigem angeborenen Brustmuskeldefekt und Mißbildung der rechten oberen Extremität. (Chir. Univ.-Poliklin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 302—305.) *

Calderón, César, Behandlung eines Falles von penetrierender Thoraxwunde. (Med. ibera Bd. **19**, Nr. 406, S. 9—11.) (Spanisch.) *

Carter, F. R., Nicholas, Congenital absence of the os sternum. (Journ. of the Indian state med. assoc. Bd. 18, Nr. 2, S. 57—59.) 31, 606.
Fitzwilliams, Duncan C. L., Secondary carcinoma of the fourth rib. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 9, clin. sect., 13. III. 1925, S. 36—37.) *
Grunina, E., Die balneologische Behandlung der nach überstandenem Typhus auftretenden Perichondritiden. (Chir. Abt. d. Kurortes Hawjansk, Prof. Wegner.) (Kurortnoe delo Jg. 3, Bd. 3, Nr. 5/6, S. 60—65.) (Russisch.) 33, 885.
Hall, G. A. M., Congenital absence of pectoralis major muscle. (China med. journ. Bd. 39, Nr. 3, S. 224—225.) *
Henschen, C., Die Gefäßanatomie der Rippenknorpel. (Chir. Abt., Kantonspit. St. Gallen.) (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 491—492.) 32, 505.
Hintzsche, Über das menschliche Brustbein. (34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz. Bd. 60, Erg.-H., S. 96—105.) *
Lenormant, Ch., Ostéite tuberculeuse des côtes avec fracture spontanée. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 62, S. 1042—1043.) *
Melichov, E. A., Ein Fall von doppelseitigem M. praesternalis. (Anat. Inst., Univ. Rostov a. Don.) (Izvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 95—97.) (Russisch.) *
Oppokoff, V. J., und L. P. Odojewsky, Die eitrigen posttyphösen Rippenknorpelentzündungen, ihre pathologische Anatomie, Pathogenie und ihre chirurgische Behandlung. (Babuchiner Krankenh., Moskau.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 121—125.) 34, 360.
Parlavecchio, G., Contributo alla tecnica delle resezioni tipiche dello sterno. (Istit. di med. operat., univ., Palermo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 1—17.) 32, 709.
Petit de la Villéon, Les indications opératoires dans les plaies pénétrantes de poitrine. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 8, S. 271—276.) 33, 885.
Reches, G. I., Anatomische Daten für Prädisposition und für die Verlaufsformen der Sternalosteomyelitis. Vorl. Mitt. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., Prof. Moskalenko, Jekaterinoslaw.) (Jekaterinoslawski medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 7, S. 553—557.) (Russisch.) 35, 494.
Reder, Francis, Lipoma of right pectoral region. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1273—1280.) *
Sedletzkii, S. K., Mastitis als Komplikation einer durch Paratyphus N-Stäbchen hervorgerufenen Perichondritis nach Recurrens und Abdominaltyphus. (Chir.-propädeut. Klin., Donin-Univ., Prof. M. N. Schewandin.) (Medicinskij archiv pri Krimskom universitete Bd. 2, Nr. 1, H. 4, S. 143—174.) (Russisch.) 35, 369.
Spassokukozkij, S., Die Geschwülste der Thoraxwand. (Chir. Univ.-Klin., Ssaratoff.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 1, S. 29—36.) (Russisch.) 34, 646.
Wakeley, Cecil P. G., Ossifying chondroma of a rib mistaken for a sarcoma. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 135—178.) 32, 262.
Woskressenskij, N., Zur operativen Behandlung und Klinik der posttyphösen Chondritis. (Gouvern.-Krankenh., Rjasan, Chefarzt Dr. Rauch.) (Nowyi chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 126—131.) (Russisch.) 33, 479.

Brustdrüse.

Bloodgood, J. C., What every doctor should know about the breast. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 1.) 36, 809.
Dartigues, Traitement chirurgical du prolapsus mammaire. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 4, S. 313—328.) 33, 175.
Dieckmann, H., Über die Histologie der Brustdrüse bei gestörtem und ungestörtem Menstruationsablauf. (Pathol. Inst., Univ. Köln.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 2, S. 321—356.) 33, 479.
Durrance, F. Y., A case of bilateral gynecomastia. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 2, S. 67—68.) *
Ernst, Max, Die physiologischen Rückbildungserscheinungen in der weiblichen Brustdrüse nach Gravidität und Menstruation. (Städt. Krankenanst., Mannheim.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 31, S. 500—506.) 31, 917.
Ferrazini, Pedro, Ein Fall von axillaren Brustdrüsen. (Maternidad del hosp. nac. del centenario, Rosario.) (Rev. méd. del Rosario Jg. 15, Nr. 7, S. 324—330.) 35, 369.
Holländer, Eugen, Erwiderung [auf vorstehende Arbeit von Erich Lexer, Zur Operation der Mammahypertrophie und der Hängebrust]. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 1, S. 26.) 31, 161.

Joseph, J., Zur Operation der hypertrophischen Hängebrust (Mastomiopexie). (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 27, S. 1103—1105.) 32, 663.
Keynes, Geoffrey, A case of fat necrosis of the breast. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 663—665.) 32, 336.
Lexer, Erich, Zur Operation der Mammahypertrophie und der Hängebrust. (Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 1, S. 26.) 31, 161.
Mošćickij, I., Zur Frage der Gynäkomastie. (Chir. Abt., Gouvernement-Krankenh., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 396—401.) (Russisch.) 38, 363.
Passot, Raymond, La correction esthetique du prolapsus mammaire par le procédé de la transposition du mamelon. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 20, S. 317—318.) 31, 606.
Rowntree, Cecil, Fat necrosis of the breast. (Lancet Bd. 209, Nr. 21, S. 1065 bis 1066.) 34, 836.
Sénèque, J., La nécrose du tissu cellulo-adipeux du sein. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 51, S. 865—866.) 32, 505.
Seuß, Hans, Ein Beitrag zur Histologie der Altersinvolution der weiblichen Brustdrüse und deren Bedeutung für die Geschwulstbildung. (Dissertation: Erlangen 1925.) 32, 879.
Tamagawa, Yawara, Über die cyclischen Veränderungen der weiblichen Brustdrüsen. (Gynäkol. Inst., Univ. Kanazawa.) (Kinki Fujinkwa Gakkwai Zassi Bd. 8, Nr. 4, S. 1—2.) 34, 361.
Verebély, T., Von den plastischen Brustoperationen. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 371.
Weimann, W., Über abnorme Milchsekretion der Brustdrüse bei Psychosen. (Städt. Irrenanst. Dalldorf, Berlin-Wittenau.) (Psychiatr.-neurol. Wochenschr. Jg. 27, Nr. 23, S. 221—223.) *

Entzündungen der Brustdrüse (einschließlich Tuberkulose und Syphilis).

Baženow, P. S., Über die Brustdrüsentuberkulose. (Chir. Abt. Gouvernementskrankenh., Orel. Chefarzt Dr. Čebotarew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 295—296.) (Russisch.) *
Brailovskij, B. S., Tuberkulose der weiblichen Brustdrüse und ihre Behandlung mit Röntgenstrahlen. Physikalische Grundlagen der Röntgentherapie der Tuberkulose. (Röntgenabt. d. Fak.-Klin., med. Inst. u. städt. Oktober-Krankenh., B. S. Brailovsky.) (Kijevskaja medicinskaja žisn Jg. 1, Bd. 1, Nr. 2/3, S. 68—76.) (Russisch.) 36, 358.
Bressot, E., De l'étiologie infectieuse de certaines mastites de l'homme. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 37, S. 222—224.) 33, 41.
Cahill jr., James A., Tuberculosis of the mammary gland. Occurrence. Case report. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 227—229.) 31, 606.
Capasso, P., Tubercolosi primitiva della mammella. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 23, S. 558—560.) 34, 362.
Castagna, Pietrino, Su di una rarissima osservazione di mastite bilaterale da influenza. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 6, S. 128—130.) 32, 335.
Cheatle, G. Lenthal, An address on chronic mastitis' as a term. Its fallacy and the danger of its clinical signs. (Kings coll. hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 5—9.) 31, 162.
Chlaponiná, S., Hypertrophie der Mamma als Frühsymptom der Akromegalie. (Festschr. z. 25jähr. Jubiläum des Maximilian-Krankenhauses in Leningrad S. 87—90.) (Russisch.) 36, 357.
Cignozzi, Oreste, Echinococco e tubercolosi della mammella muliebre. Studio anat.-clin. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Sperimentale Jg. 79, H. 3/4, S. 329—377.) 32, 664.
Daudèn Valls, Francisco, Die Proteintherapie kombiniert mit Vaccinebehandlung bei akuter Mastitis und Paramastitis. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 378, S. 107—109.) (Spanisch.)
Delbet, Pierre, Les cellules à granulations argentaffines dans la mamelle humaine pathologique. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 5, S. 250 bis 255.) 32, 880.
Fouquet, Ch., et Machtou, Un cas de mastite syphilitique. (Bull. de la soc. franç. de syphiligr. Jg. 32, Nr. 7, S. 340—342.) 34, 81.
Langenskiöld, F., Über die primäre Aktinomykose der Brustdrüse. Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 1, S. 23—36.) 31, 918.
Nagashima, Y., Über die Beteiligung der Brustdrüse des Weibes bei der Tuberkulose der inneren Organe, insbesondere bei der disseminierten Miliartuberkulose. (Pathol. Univ.-Inst. u. Krankenh. Westend, Berlin.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 1, S. 184—202.) 32, 140.

Sándor, Gyula, Über puerperale Mastitis, besonders deren Verhütung. (Therapia (Budapest) Jg. 2, Nr. 3, S. 81—83.) (Ungarisch.) **32**, 880.
Sándor, Gyula, Über Mastitis puerperalis. (Therapia (Bratislava) Jg. 4, H. 7, S. 1 bis 3.) (Ungarisch.) *
Schmidt, Walther, Die Behandlung der beginnenden Mastitis mit lokalen Eigenblutinjektionen. (Univ.-Frauenklin., Halle a. S.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 34, S. 1893—1895.) **33**, 480.
Schneider, S., Mastitis chronica purulenta postyphosa, welche eine bösartige Geschwulst der Mamma simulierte. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk S. 26—34.) (Russisch.) *
Sedletzkii, S. K., Mastitis als Komplikation einer durch Paratyphus N-Stäbchen hervorgerufenen Perichondritis nach Recurrens und Abdominaltyphus. (Chir.-propädeut. Klin., Donin-Univ., Prof. M. N. Schewandin.) (Medicinskij archiv pri Krimskom universitete Bd. 2, Nr. 1, H. 4, S. 143—174.) (Russisch.) **35**, 369.
Seitz, L., Zur Behandlung der Mastitis mit dem Bardenheuerschen Schnitt. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 71, H. 3/4, S. 134—135.) **34**, 361.
Silzer, O., und W. Meyer, Zur Therapie der puerperalen Mastitis. (Städt. Krankenh. u. städt. Wöchnerinnenheim, Nürnberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 40, S. 1688—1690.) **33**, 886.
Starlinger, F., Zur Verwendung des Glühbrenners in der kleinen Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung der Mastitisbehandlung. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 21, S. 552—556.) **32**, 335.
Torchiana, Luigi, Sopra un caso di mastite cronica dolorosa. Studio clinico ed anatomo-patologico. (Istit. di patol. spec. chir. dimostrativa, univ., Pisa.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 8, S. 410—420.) **33**, 176.
Torobin, W., Chronische Entzündung der Brustdrüse und Blutung aus der Brustwarze und ihr Verhalten zur carcinomatösen Entartung der entzündeten Drüse. (Krankenh. Kiew, Chefarzt Dr. Torobin.) (Nowyi chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 34—40.) (Russisch.) **33**, 480.
Towbin, W., Chronische Entzündung der Mamma und Blutung aus der Warze im Zusammenhang mit der Entartung der entzündeten Drüse. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 138—140. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **34**, 647.
Tozkij, V., Über Mastitis nach Febris recurrens und Fleckfieber. (Chir. Univ.-Klin., Simferopol.) (Medicinskaja mysl' Nr. 3/4, S. 37—40.) (Russisch.) **36**, 571.
Turco, Adalgiso, Contributo alla conoscenza della tubercolosi della mammella maschile. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 18—24.) **32**, 710.
Vignes, Henri, Nécrose totale de la glande mammaire consécutive à une injection rétro-mammaire de sérum artificiel. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 5, S. 68 bis 69.) **31**, 370.
Walzel-Wiesentreu, P., und F. Starlinger, Nachuntersuchungen an im Laufe von 20 Jahren an der Klinik behandelten Brustdrüsenentzündungen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 336 bis 342.) **32**, 663.

Gutartige Geschwülste der Brustdrüse.

Askanazy, M., Die Cysten-Mamma (Morbus Reclus) und ihr latenter Zustand. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 45, S. 1017—1021.) **34**, 82.
Borsos, László, Über Erkrankungen der männlichen Brustdrüse. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 44, S. 1062—1063.) (Ungarisch.) **33**, 888.
Bothe, Albert E., Simple lactating adenoma of the breast. (Agnew a. Hunter laborat. of surg. pathol., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 5, S. 731—735.) **33**, 886.
Fischer, Walther, Über die klinische und pathologisch-anatomische Beurteilung von Geschwülsten und cystischen Veränderungen der Brustdrüse. (Pathol. Inst., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 1—12.) **33**, 42.
Fitzwilliams, Duncan C. L., Three cases of unusual forms of lipomata of the breast. (Lancet Bd. 208, Nr. 21, S. 1074—1076.) **32**, 336.
Fitzwilliams, Duncan C. L., Cancer and cysts of the breast. (St. Mary's hosp. med. school, London.) (Practitioner Bd. 114, Nr. 6, S. 394—399.) **32**, 506.
Fritsch, K., Zur Operationsindikation gutartiger Mammatumoren. (Städt. Krankenh., Gera.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 7, S. 214—216.) **32**, 337.

John, Carl, Über akzessorische Milchdrüsen und Warzen, insbesondere über milchdrüsenähnliche Bildungen in der Achselhöhle. (Univ.-Frauenklin., Breslau.) (Arch. f. Gynäkol. Bd. 126, H. 2/3, S. 691—708.) 33, 885.
Miller, C. Jeff, Pelvic lesions as a contributing factor in chronic cystic mastitis. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 3, S. 375—379 u. 437—438.) 34, 149.
Nyrnowa, I., Zur Frage über die Histogenese der Cystenbildungen der Brustdrüse. (I. chir. Klin., II. Univ. Moskau, Prof. Rein.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 4, S. 475—486.) (Russisch.) 35, 744.
Peyron, A., H. Corsy et J. Surmont, Sur la pathologie comparée des tumeurs de la mamelle. II. Les cellules interstitielles de la glande mammaire et leur présence dans les tumeurs. (Laborat., Dr. Peyron, inst. Pasteur, Paris et inst. contre le cancer, univ. Aix-Marseille.) (Bull. de la soc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 4, S. 178—192.) 32, 664.
Pommersheim, F., Über die diffusen fibrösen Geschwülste der Brustdrüse. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 81.
Pommersheim, Ferenc, Über diffuse fibröse Geschwülste der weiblichen Brustdrüse. (Budapesti orvosi ujság Jg. 23, Nr. 44, S. 1319—1323.) (Ungarisch.) 33, 886.
Sebening, Walter, Zur Physiologie und Pathologie der Brustdrüse. (Die menstruellen Veränderungen der weiblichen Brustdrüse. — Das Krankheitsbild der schmerzhaften Knotenbildung. — Mastitis chronica cystica.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 464—485.) 31, 369.
Sonntag, Einige seltenere Brustdrüsengeschwülste. (Chir. poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 13, S. 523—524.) 31, 918.
Speed, Kellogg, Tumors of the male breast. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 45 bis 62.) 33, 43.
Tanner, W. E., An unusually large tumour of the right breast. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 393—395.) 33, 888.
Vallino, María Teresa, und José María Macera, Ein Fall von multipler Wachstumsexostose und Fibroadenom der Mamma. (Clin. pediatr. y puericultura, fac. de clin. méd., Buenos Aires.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 35, S. 489—492.) (Spanisch.) 34, 283.

Brustdrüsencarcinom.

Adair, Frank E., and Halsey J. Bagg, Breast stasis as the cause of mammary cancer. (Mem. hosp. a. Cornell univ. med. coll., New York.) (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 19—26.) 34, 208.
Arzt, L., und O. Kren, Die Paget disease mit besonderer Berücksichtigung ihrer Pathogenese. (Univ.-Klin. f. Dermatol. u. Syphilidol. u. städt. Krankenh., Wien.) (Arch. f. Dermatol. u. Syphilis Bd. 148, H. 2, S. 284—312.) 33, 43.
Askanazy, M., Die Cysten-Mamma (Morbus Reclus) und ihr latenter Zustand. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 45, S. 1017—1021.) 34, 82.
Bagg, Halsey J., The functional activity of the breast in relation to mammary carcinoma in mice. (Mem. hosp. a. Cornell univ. med. coll., New York.) (Proc. of the soc. f. exp. biol. a. med. Bd. 22, Mai-H., S. 419—421.) 34, 362.
Beatson, George Thomas, Case of osseous metastasis from primary carcinoma of the right mamma. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 473—486.) 31, 371.
Bendick, A. J., and A. W. Jacobs, Report of a case of extensive generalized skeletal metastases following primary carcinoma of the breast. (Montefiore hosp., New York.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 35—38.) 33, 45.
Braun, L. I., Notes on a case of Paget's disease. (South African med. record Bd. 23, Nr. 14, S. 314—315.) *
Brezovnik, Vladimír, Fibroadenom der Milchdrüse. Übergang in Carcinom. (Časopis lékařův českých Jg. 64, Nr. 13, S. 490—497.) (Tschechisch.) 31, 827.
Bulkley, L. Duncan, Cancer of the breast treated medically. (Cancer Bd. 2, Nr. 3, S. 232—245.) 31, 918.
Butka, Hersel E., Unusual case of early axillary metastasis in carcinoma of the breast. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 15, S. 1115.) 33, 44.
Carle, Antonio, e G. M. Fasiani, La diagnosi precoce del cancro della mammella. (Istit. di clin. chir. gen., univ., Torino e istit. di patol. spec. chir., univ., Padova.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 16—19.) *
Castex, M. R., N. Romano und C. F. Cárrega Casaffousth, Mammacarcinom mit Wirbelsäulenmetastasen. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 10, S. 489 bis 494.) (Spanisch.) *

Cheatle, George Lenthal, Epithelial hyperplasia of the breast. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 5, S. 673—677.) 33, 886.

Clopton, Malvern B., The difficulty of diagnosis of carcinoma of the breast. (Radiology Bd. 4, Nr. 5, S. 390—394.) 33, 102.

Dahl, Eyvin, Beitrag zum Studium des Brustkrebses. (Sykehus, Stavanger.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 11, S. 1173—1201.) (Norwegisch.) 34, 150.

Doubrow, S., Rapports entre les caractères des tumeurs mammaires et les phases sécrétoires de la glande normale. (Laborat. d'histol., fac. de méd., Lyon.) (Bull. d'histol. Bd. 2, Nr. 2, S. 51—64.) 33, 44.

Evans, Willmott H., The disases of the breast. (London: Univ. of London presse. 1925. XII, 495 S.) 32, 663.

Fischer, Walther, Über die klinische und pathologisch-anatomische Beurteilung von Geschwülsten und cystischen Veränderungen der Brustdrüse. (Pathol. Inst., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 1—12.) 33, 42.

Fitzwilliams, Duncan C. L., An address on the importance of exploratory incision in cancer of the breast. (Brit. med. journ. Nr. 3360, S. 953—956.) 32, 336.

Fitzwilliams, Duncan C. L., Cancer and cysts of the breast. (St. Mary's hosp. med. school, London.) (Practitioner Bd. 114, Nr. 6, S. 394—399.) 32, 506.

Fitzwilliams, Duncan C. L., Large ulcerating carcinoma of the breast, diagnosed as sarcoma. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 9, clin. sect., 13. III. 1925, S. 33—34.) *

Frank, Louis, Malignancy of the breast. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 10, S. 241—244.) *

Giles, Roy G., Skeletal metastasis from primary carcinoma of the breast. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 5, S. 442—448.) 33, 887.

Ginsburg, Solomon, Osteoplastic skeletal metastases from carcinoma of the breast. Report of an unusual case. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 2, S. 219—236.) 33, 45.

Gioia, Edoardo, Un singolare reperto anatomo-patologico in metastasi ghiandolari di carcinoma della mammella tipo Paget. (Considerazioni intorno alla presenza di cellule giganti nei tumori.) (Istit. di clin. chir. gen. e di med. operat., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 37, H. 4, S. 441—460.) 32, 710.

Greenough, Robert B., Carcinoma of the breast at the Massachusetts general hospit, 1918, 1919, 1920. (Third series.) (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 3, S. 187—192.) 31, 607.

Greenough, Robert B., Varying degrees of malignancy in cancer of the breast. (Journ. of cancer research Bd. 9, Nr. 4, S. 453—463.) 34, 836.

Johnson, Raymond, Some clinical aspects of carcinoma of the breast. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 630—649.) 32, 140.

Judd, E. Starr, The surgical treatment of cancer of the breast. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 5, S. 411—414.) 32, 336.

Levin, I., The proper co-ordination between surgery, radium, and X-ray therapy in cancer of the breast. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 31.) 36, 809.

Lorenzetti, Carlo, Morbo di Paget della mammella. (Osp. magg. Jg. 13, Nr. 7, S. 206 bis 212.) 33, 101.

Ludlow, A. I., Carcinoma of the male breast. Report of a case in a Korean. (China med. journ. Bd. 39, Nr. 12, S. 1076—1079.) *

Lundy, John S., An easy method of inducing local anesthesia for simple amputation of the breast. (Sect. on anesthesia, Mayo clin., Rochester, Minn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 11, S. 824.) 33, 416.

Lyter, J. Curtis, Metastatic carcinoma of the bone-marrow and spleen. (Med. clin. of North America Bd. 9, Nr. 1, S. 211—214.) 32, 666.

McWilliams, Clarence A., Bilateral mammary cancer operations. Ultimate results in ninety-eight cases. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 63—80.) 33, 44.

Masson, P., La pigmentation des cancers mammaires envahissant l'épiderme. (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 4, S. 323—334.) 33, 480.

Meyer, Willy, On cancer in general and on late results after the radical operation for cancer of the breast. Remarks on colonic anesthesia. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 425—432.) 32, 506.

Meyerding, Henry W., Russell D. Carman and John D. Garvin, Metastasis to the bones from carcinoma of the breast: A roentgenologic study. (Sect. on roentgenol. Mayo clin., Rochester.) (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 486—489.) 34, 151.

Moffat, H. A., The treatment of carcinoma of the breast and the results. (South African med. record Bd. 23, Nr. 15, S. 326—330.) 33, 103.

Molinari, José F., Julio Iribarne und Nicolás Capizzano, Krebs der weiblichen Genitalien und der Mamma. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 121, S. 189 bis 207.) (Spanisch.) 34, 861.

Morlet, Contribution au traitement du cancer du sein. (Congr. de l'assoc. franç. p. l'avancement des sciences, Grenoble, 27.—28. VII. 1925.) (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 5, S. 349—355.) 35, 372.
Moschcowitz, Alexis V., Pseudo-recurrences after radical amputation of the breast for carcinoma. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 81—85.) 33, 44.
Neugebauer, Friedrich, Der Krebs der Brustdrüse und seine Behandlung. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 239—307.) 33, 43.
Pérez, Manuel Luis, und Alfredo Jakob, Cystisches Riesenepitheliom der Mamma mit subcutaner Entwicklung. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 26, S. 1398—1403.) (Spanisch.) *
Perry, Alan C., The after-results of operations for malignant disease of the breast. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 39—49.) 32, 665.
Perthes, Georg, Bemerkung zu der Mitteilung von Steigelmann: „Beitrag zur Forderung der erweiterten Mammacarcinomoperation". (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52. Nr. 50, S. 2837.) 34, 151.
Peyron, A., H. Corsy et J. Surmont, Sur la pathologie comparée des tumeurs de la mamelle. II. Les cellules interstitielles de la glande mammaire et leur présence dans les tumeurs. (Laborat., Dr. Peyron, inst. Pasteur, Paris et inst. contre le cancer, univ. Aix-Marseille.) (Bull. de la soc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 4, S. 178—192.) 32, 664.
Saint, C. F. M., Principles involved in the operative treatment of carcinoma of the breast. (South African med. record Bd. 23, Nr. 15, S. 330—332.) 33, 103.
Sattler, Eugen, Eine seltene Form des Mammacarcinoms. (Zwei Fälle mit Sklerodermie kombinierten Carcinoms.) (Graf Albert Apponyi-Poliklin. Budapest.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 1/2, S. 98—106.) 33, 481.
Sattler, Jenö, Bisher nicht beschriebene Form von Brustdrüsenkrebs. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 19, S. 439—441.) (Ungarisch.) 33, 104.
Schneider, S., Mastitis chronica purulenta postyphosa, welche eine bösärtige Geschwulst der Mamma simulierte. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk, S. 26—34.) (Russisch.) *
Soiland, A., The cancer problem of the female breast. An analysis based upon twenty-five years' personal experience with radiation therapy. (Arch. of clin. cancer research 1, S. 53.) 36, 809.
Speed, Kellogg, Tumors of the male breast. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 45—62.) 33, 43.
Steigelmann, Gustav, Beitrag zur Forderung der erweiterten Mammacarcinomoperation. (Vinzentius-Krankenh., Landau [Pfalz].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 45, S. 2522—2525.) 33, 887.
Steward, F. J., Cancer of the breast: Recurrence 31 years after operation. (Brit. med. journ. Nr. 3343, S. 156—157.) *
Tapie, Pierre, The bleeding nipple. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 9, S. 537 bis 538.) 32, 336.
Wallace, Cuthbert, Interscapulo-thoracic amputation for carcinoma of breast. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 163—164.) 32, 881.
White, H. P., Winsbury, The results of operative treatment of malignant disease of the breast. (Genito-urin. dep., St. John's hosp., Lewisham.) (Practitioner Bd. 115, Nr. 4, S. 255—263.) 33, 481.
Wyard, S., Cancer of the breast. An attempt to estimate the duration of life after operation. (Lancet Bd. 208, Nr. 23, S. 1179—1182.) 32, 506.
Zabludowsky, A. und S. Frenkel, Weitere Beobachtungen über den Milchdrüsenkrebs und seine Behandlung. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. und d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv. Prof. P. Herzen. H. 2, S. 134 bis 143.) (Russisch.) *

Sarkom der Brustdrüse und andere Geschwülste.

Evans, Willmott H., The diseases of the breast. (London: Univ. of London press 1925. XII, 495 S.) 32, 663.
Fischer, Walther, Über die klinische und pathologisch-anatomische Beurteilung von Geschwülsten und cystischen Veränderungen der Brustdrüse. (Pathol. Inst., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 1—12.) 33, 42.
Frank, Louis, Malignancy of the breast. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 10, S. 241—244.) *
Kreibig, Wilhelm, Zur Kenntnis seltener Geschwulstformen der weiblichen Brustdrüse. (Pathol.-anat. Inst., Krankenh. Wieden u. Laborat. d. österr. Ges. z. Erforsch.

u. Bekämpf. d. Krebskrankh., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 3, S. 649—665.) *
Lundy, John S., An easy method of inducing local anesthesia for simple amputation of the breast. (Sect. on anesthesia, Mayo clin., Rochester, Minn.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 11, S. 824.) **88**, 416.
Peyron, A., H. Corsy et J. Surmont, Sur la pathologie comparée des tumeurs de la mamelle. II. Les cellules interstitielles de la glande mammaire et leur présence dans les tumeurs. (Laborat., Dr. Peyron, inst. Pasteur, Paris et inst. contre le cancer, univ. Aix-Marseille.) (Bull. de la soc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 4, S. 178—192.) **32**, 664.
Speed, Kellogg, Tumors of the male breast. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 45—62.) **33**, 43.

Speiseröhre.

Übersichtsreferat.

Von

M. Strauß, Nürnberg.

So zahlreich die Arbeiten sind, die auf dem verhältnismäßig wenig umfangreichen Gebiet der Speiseröhrenerkrankungen in den Berichtsjahren erschienen sind, so gering sind für den kritischen Betrachter die wirklichen Fortschritte. Wenn erwähnt wird, daß die von Salzer schon 1920 empfohlene Methode der Frühbougierung der Laugenverätzungen weitere Beachtung und Empfehlung fand, wenn weiter darauf hingewiesen wird, daß für die schwer entfernbaren Fremdkörper im unteren Drittel der Speiseröhre statt der ösophagoskopischen Extraktion die Entfernung von der Gastrostomie aus neuerdings empfohlen wird und wenn schließlich auf die eindrucksvolle Statistik von Guisez hinsichtlich der Radiumbehandlung des Speiseröhrencarcinoms aufmerksam gemacht wird, dürften die wesentlichen Ergebnisse der letzten 2 Jahre genannt sein. Die von vielen Autoren auf den verschiedensten Wegen gesuchte operative Entfernung des Oesophaguscarcinoms, hat von ganz vereinzelten Fällen abgesehen, nur Mißerfolge gebracht.

Im einzelnen ist von **anatomischen** und **physiologischen** Arbeiten die Untersuchungsreihe von Demel erwähnenswert, die sich mit der Gefäßversorgung der Speiseröhre beschäftigt. Die schlechte Blutversogung der Ring- und Lähmungsmuskulatur bedingt die leichte Zerreißbarkeit der Speiseröhrenwand und daher die Unsicherheit der Naht, die vor allem im abdominalen Teile groß ist, da dieser noch schlechter durchblutet ist als der thorakale Abschnitt. Weitere Unterschiede ergeben sich zwischen der Versorgung der rechten und linken Seite in den einzelnen Abschnitten, so daß der Chirurg bei der Erprobung neuer Methoden die Demelsche Arbeit nicht unbeachtet lassen wird.

Testut und Pellanda berichten über die verschiedene Weite der Speiseröhre und betonen neben den bekannten konstanten Verengerungen 2 inkonstante (sternal und in der Gegend der Cardia) infolge Druckes benachbarter Organe. Bittorf und Hübner untersuchten den Oesophagus bei Kyphoskoliosen und fanden nur in den hochgradigsten Formen wesentliche Gestaltsveränderungen (Erweiterung bei starker Knickung).

Danielopolu, Simici und Dimitriu zeigen in ausgedehnten Versuchsreihen zunächst die normalen Bewegungen der Speiseröhre, die für die Schluckbewegungen von Belang sind. Weiter werden diese Bewegungen unter dem Einfluß von Arzneistoffen beschrieben. Atropin und Adrenalin erhöhen in kleinen Dosen die Beweglichkeit der Speiseröhre, in großen Dosen tritt Verminderung ein. Eserin zeigt als amphotrobes Mittel die gleichen Wirkungen.

Die Arbeiten von Weitz und Vollers sowie von Ganter und Seemann beschäftigen sich mit den peristaltischen Bewegungen der Speiseröhre. Es ergibt sich, daß in der Minute 6—12mal ziemlich regelmäßige peristaltische Wellen aufreten, die auch im leeren Oesophagus vorkommen. Canter nimmt einen Dehnungsreiz als Ursache von

Kontraktionen an. Steigerung des Innendrucks ändert die Höhe der Kontraktionen nicht. Seemann berichtet über einen Apparat, der mit Hilfe einer Mareyschen Trommel die Bewegungen der Speiseröhre registrieren läßt. Er kommt zum Schlusse, daß der intraoesophageale Druck von dem intrathorakalen abhängig ist und konnte weiter das phonatorische Phänomen von Stupka nachprüfen, das er auf aktive Mitbewegungen im Gebiete des Schlundschnürers zurückführt und das für die Oesophagussprache nach Kehlkopfentfernung wichtig ist. Jakobson betont die Möglichkeit der durch Übung erlernbaren willkürlichen Erschlaffung der Speiseröhre, was für das Studium der Bewegungsvorgänge und des intraoesophagealen Druckes verwertet werden kann.

In **diagnostischer** Hinsicht erscheint die Beobachtung Lupos über das Paradoxschlucken nach Bertoletti beachtenswert, das bei Patienten mit Basedow, Aortitis, Atherom, Magengeschwür gefunden wurde und darin besteht, daß bei normaler Speiseröhre ein Bissen steckenbleibt, während Flüssiges frei passiert und auch durch den steckengebliebenen Bissen nicht behindert wird. Die Erscheinung ist Ausdruck einer Hypotonie der Speiseröhre und kann auch bei Gesunden durch Sympathicusreizung mittels Adrenalin reproduziert werden. Zeitlin fand bei einer Nachprüfung des Pirazollischen Symptoms (Lösung von Speiseröhrenspasmen durch Druck auf den Augapfel) daß dieses nur bei stark positivem Ausfall verwertbar ist. Negativer oder schwacher Ausfall hat keinen Wert. Berggren berichtet über den tödlichen Ausgang einer Oesophagoskopie, die wegen unklarer Speiseröhrenstenose vorgenommen wurde. Autopsie ergab Aneurysma der linken Subclavia. Tod wird auf Vagusreizung nach Analogie des Czermaksche Versuches (diastolischer Herzstillstand bei digitaler Vaguskompression) zurückgeführt.

Vinson betont, daß bei der Differentialdiagnose der mit Schmerzen im Epigastrium einhergehenden Krankheiten die Erkrankungen der Speiseröhre meist nicht beachtet werden. Oft finden sich solche epigastrische Schmerzen bei Kardiospasmus, zuweilen auch bei Carcinom bevor noch Schluckbeschwerden vorhanden sind. Die bei Kardiospasmus im Epigastrium auftretenden Schmerzen sind oft so heftig, daß sie nur schwer von Angina pectoris oder Gallensteinkoliken zu trennen sind. Die eigentliche Dysphagie beginnt oft erst nach Jahren, so daß auch die Röntgenuntersuchung versagt, da diese erst bei Dysphagie sein positives Ergebnis zeitigt.

Fischer hebt die außerordentliche Wichtigkeit der Röntgenuntersuchung für die Erkenntnis der verschiedenen Erkrankungen der Speiseröhre hervor, vor allem wegen der Gefahrlosigkeit und Einfachheit der Untersuchungen, die allen anderen Methoden vorausgehen sollen, da sie Aufschlüsse über evtl. Kontraindikationen für andere Methoden ergeben. Bei Verletzungen ist das frühe Auftreten von Gasbläschen bei der Röntgenuntersuchung wertvoll. Auch Huizinga und ebenso Teichert betonen die Bedeutung der Röntgenuntersuchung für die frühzeitige Erkenntnis der Perioesophagitis (Minnigerode), bei der die klinischen Erscheinungen für die Indikation zur Freilegung von außen nichts beweisen. Nachweis von Luftblasen oder Luftansammlung neben der Speiseröhre verlangt dagegen die sofortige Eröffnung von außen, um Mediastinitis vorzubeugen. Hierbei ist jeoch zu beachten, daß in einzelnen Fällen das Hautemphysem durch starkes Pressen bei der Oesophagoskopie zustande kommen kann (analog dem Hautemphysem der Kreißenden, ohne daß die Speiseröhrenwand verletzt ist.

Hinsichtlich der Methodik der Röntgenuntersuchung verlangt Pancoast neben dem Trinken von Kontrastflüssigkeit auch das Schlucken eines Kontrastbissen und einer mit Kontrastmittel gefüllten Kapsel, da geringere Grade von Verengerung (beginnende Carcinome) der Kapsel Widerstand bieten, nicht aber einer flüssigen Masse. Immer soll die Durchleuchtung vor der Oesophagoskopie verwendet werden, auch bei fraglichen Fremdkörpern, wo Teile des Kontrastbreies an dem Fremdkörper stecken bleiben und ihn dadurch sichtbar machen. Die Durchleuchtung soll 2mal im Stehen, 1mal im Liegen vorgenommen werden.

Wilson verlangt ebenfalls vor der oft schwierigen Oesophagoskopie die Durchleuchtung, die bei Fremdkörpern dadurch erleichtert wird, daß einige Streifen in Bariumbrei getauchte Baumwolle verschluckt werden, worauf nach 1 Minute noch 1 Löffel Bariumbrei gegeben wird. Die Wolle wickelt den Fremdkörper ein, gibt ein gutes Bild und wird auch bei der oesophagoskopischen Entfernung gut gesehen. Ebenso tritt Spiess und de Mello für die primäre Röntgendurchleuchtung vor allem bei Fremdkörpern ein, da sie die für das Vorgehen wichtige Kontrolle der Nachbarorgane ermöglicht. Liegende Stellung (Rückenlage mit Untertischröhre) ist empfehlenswert, ebenso die von Minnigerode empfohlene periodische Kontrolle sekundärer Entzündungserscheinungen, wobei jedoch technisch gleiche Bedingungen Voraussetzung sind.

Faulhaber und Katz bringen in übersichtlicher, klarer Darstellung eine Zusammenfassung der Röntgendiagnostik der Speiseröhrenerkrankungen. Analog berichtet Dobrzanski zusammenfassend über die Oesophagoskopie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, wobei vor allem die Wertigkeit der Methode für Fremdkörperentfernung selbst bei ganz kleinen Kindern hervorgehoben wird.

Akute entzündliche Erkrankungen werden entsprechend ihrer Seltenheit kaum erwähnt. Groodt bringt eine Zusammenstellung von Selbstverdauung der Speiseröhre intra vitam als Ursache von Haematemesis. Vorbedingung ist venöse Stauung und Anwesenheit von Magensaft in der Speiseröhre. Therapeutisch wird diese Form der Hämatemese durch Alkali rasch beeinflußt. Vinson berichtet aus der Mayoschen Klinik über 13 Fälle von posttyphösen Speiseröhrenverengerungen, die alle erst in der Rekonvaleszenz beobachtet wurden und zum Teil zu vollständigem Verschluß führten, so daß Gastrostomie nötig war. Guisez berichtet zusammenhängend über die Speiseröhrenphlegmonen, die meist im Anschluß an verschluckte Fremdkörper, seltener durch Verätzungen oder Verbrennungen, in einzelnen Fällen durch den Katheterismus und endlich noch ganz selten aus unbekannter Ursache entstehen können. Meist kommt es zu wenig umfangreichen Abscessen, die gewöhnlich in die Speiseröhre durchbrechen, seltener zwischen den Schichten der Speiseröhrenwand zur Ausdehnung gelangen. Für die Diagnose ist der übelriechende Atem, das schlechte Aussehen, Druckempfindlichkeit und die starke Schluckbehinderung von Bedeutung. Die Abscesse werden am besten oesophagoskopisch eröffnet.

Von **chronisch entzündlichen** Erkrankungen berichten Sargnon und Dupasquier, die auf die außerordentliche Seltenheit der luetischen Erkrankungen der Speiseröhre hinweisen (Fournier unter 5000 Fällen von tertiärer Lues nur 4 Fälle, Guisez unter 800 Oesophagoskopien nur 1 Fall), die meist im oberen Abschnitt als umschriebenes Gumma oder diffuse Infiltration gefunden werden. Differentialdiagnostisch kommt Carcinom und Tuberkulose in Betracht. MacMahon schildert den Fall eines 63jährigen Mannes, der unter den Erscheinungen einer Stenose erkrankt war. Besserung durch antiluetische Kur.

Die zahlreichen Arbeiten über **Fremdkörper in der Speiseröhre** lassen erkennen, **daß sich die oesophagoskopische Entfernung der Fremdkörper heute vollständig durchgesetzt** hat. Hemaro empfiehlt als einziger die Extraktion mit der Thiemannschen Zange vor dem Röntgenschirm (59 Fälle mit Erfolg). Truesdale betont die Gefahren der oesophagoskopischen Entfernung und weist darauf hin, daß bei nichtkomplizierten Fällen die Oesophagogtomia externa nur 5% Mortalität ergibt. Dem gegenüber kann Guisez auf eine Statistik von 328 per os entfernten Fremdkörpern mit 2% Mortalität hinweisen und hervorheben, daß die oesophagoskopische Entfernung vor allem bei Kindern leicht ist, da sich hier der Oesophaguseingang, wo vor allem die Fremdkörper sitzen, rhythmisch öffnet. Zum Schließen offener Sicherheitsnadeln wird von Guisez ebenso wie von Eicken eine einfache Modifikation der Collinschen Zange empfohlen. Beachtenswert erscheint der von Guisez gemachte Hinweis auf **latente Fremdkörper bei Kindern, bei denen der steckengebliebene Fremdkörper keine Beschwerden macht.**

so daß es oft zur Einkeilung kommt, die nach Monaten zu tödlicher Blutung führen kann (Stefani). Teichert erörtert die Möglichkeit des Tieferstoßens des Fremdkörpers beim ruckartigen Durchgleiten des Rohres durch den Oesophagusmund und weist darauf hin, daß das ruckartige Durchdringen des Rohres vermieden wird, wenn der Kehlkopf mit der Brüggemannschen Zange vorgezogen wird. Bei den selteneren Fällen von tief eingekeilten Fremdkörpern ist auch heute noch der operative Eingriff unvermeidbar. Beachtenswert erscheint für solche Fälle das Vorgehen von Anschütz, der von der Gastrostomiewunde aus den Fremdkörper mit dem Finger zu erreichen versucht und glaubt bis 12 cm über die Kardia mit dem Finger zu gelangen. Niesert berichtet über 2 so operierte Fälle und bringt eine Statistik von insgesamt 45 Fällen, die von der Gastrostomie aus entfernt wurden. Diese Statistik wird durch die erfolgreichen Fälle von Burkhard ($3^1/_2$jähriges Kind) ergänzt. Burkhard glaubt, daß die kindliche Speiseröhre wegen ihrer Kürze vom Magen aus leichter zugänglich ist.

Von Hacker nimmt an, daß in dem Anschützschen Falle ein abnorm kurzer Oesophagus vorlag, da es im allgemeinen nicht möglich ist, von der Kardia höher als $7^1/_2$—9 cm in die Speiseröhre vorzudringen. Das energische Empordrängen des Zwerchfells bedingt beim Zusammenschieben der Speiseröhre die Gefahr der Perforation der Speiseröhrenwand durch den scharfrandigen Fremdkörper. Zur Lokalisation reicht bei der Verschiedenheit der Speiseröhrenlänge die Entfernung von der Zahnreihe nicht aus. Diese muß ergänzt werden durch die Entfernung von der Kardia, deren Lage bei senkrechter Projektion auf die Brustwirbelsäule mit dem Dorn des 11. Brustwirbels übereinstimmt.

Hinsichtlich der **Laugenverätzungen der Speiseröhre** lassen alle Autoren einerseits die Zunahme der Verätzungen als Folge des Krieges erkennen, v. Payr, Gohrband, Bokay, Pagani, Alkinis u. a. zum Teil auf Grund großer eigener Erfahrung. **Andererseits sind fast alle Autoren sich über die Erfolge der von** Salzer **empfohlenen Frühbougierung einig.** Diese mit weichen schrotgefüllten Bougies durchgeführte Behandlung setzt schon am 2. Tage ein. Die Salzersche Sammelstatistik umfaßt 226 Fälle mit 214 Heilungen (gegenüber 24% Mortalität bei der früheren Behandlung und 76% Strikturen). Beachtenswert ist auch die Bokaysche Statistik, die 2077 Fälle von Laugenverätzungen umfaßt, von denen 148 nach Salzer behandelt wurden: 87% sehr gute Resultate, 6,76% weniger gute, 5,5% Todesfälle, von denen nur 2 Fälle der Methode zur Last zu legen sind. Kasuistisches Interesse bietet die Beobachtung von Pikarek, der bei 2 kleinen Kindern nach Laugenverätzung psychogene Spasmen sah, die durch Suggestivbehandlung und flüssige Ernährung zum Verschwinden gebracht wurden. Ebenso verdient die Moppertsche Beobachtung einer Spontanheilung eines Mediastinalabscesses nach Perforation der verätzten Speiseröhre hervorgehoben zu werden.

Zur röntgenologischen Diagnose der nach den Verätzungen bei Kindern häufigen **Strikturen** empfiehlt Pollermann eine feine Emulsion aus 1—2 Teelöffel Wismut in einer Mischung von 8 Teilen Bittermandelöl, 4 Teilen Gummi arabic. und 8 Teilen Wasser. In therapeutischer Hinsicht sind sich fast alle Autoren über den Wert der von Hackerschen Sondierung ohne Ende einig. Tiesenhausen bringt aus der von Hackerschen Klinik eine Statistik von 63 Fällen mit beachtenswert guten Dauerresultaten. Mambrin betont, daß dauernd undurchgängige Strikturen sehr selten sind. Tucker und Lotheisen geben ausführliche Übersichten über die verschiedenen Behandlungsmethoden und ihre Modifikationen. Guisez hebt hervor, daß die zur Ruhigstellung der Speiseröhre verwendete Gastrostomie wenig Wert hat und empfiehlt die Einstellung der Striktur im Oesophagoskop. Die von anderen Autoren abgelehnte Elektrolyse hat in der Hand des erfahrenen ihre Berechtigung, ebenso die von King in einem der seltenen Fälle von Striktur im mittleren Drittel verwendete Methode (Einstellung der Striktur vom Munde und gleichzeitig von der Gastrostomie aus, worauf

vor dem Röntgenschirm eine stechende Kornzange durch das obere Oesophagoskop in das untere vorgestoßen wird.

Besondere Beachtung verdienen die zunehmenden Angaben über **angeborene Stenosen,** die sich in der frühen oder späteren Jugend erst bemerkbar machen. Vinson stellte unter 86 jugendlichen Patienten mit Oesophagusstenosen (Mayoklinik) neben 13 durch Kardiospasmus bedingten Stenosen 6 angeborene Strikturen fest. Strauss und Hess unterscheiden organische und spastisch bedingte angeborene Verengerungen. Verdickung der Muscularis und bindegewebige Stränge, die vom Zwerchfell zur Kardia ziehen, sind häufig. Die Stränge müssen unter Leitung des Auges durchtrennt werden. Die ersten Erscheinungen treten beim Übergang von der flüssigen zur festen Ernährung auf. Sargnon unterscheidet dieselben Formen. Er hält die einfache Dilatation für ausreichend.

Auf dem Gebiete der als **Kardiospasmus, Oesophagusdilatation, Megaoesophagus, Speiseröhrenatonie** bezeichneten Veränderungen kann aus den vorliegenden Arbeiten nichts wesentlich Neues erschlossen werden. Busch gibt eine ausführliche Darstellung der genannten Krankheitsformen, für die er den Namen idiopathische Oesophaguserweiterung vorschlägt. Therapeutisch wird neben der Palliativbehandlung Dilatation oder operative Erweiterung der Kardia (Heller) oder die Oesophagogastrostomie nach Heyrowsky empfohlen (4 eigene Fälle mit teilweise sehr gutem Erfolge. Die von Stark betonte spasmogene Genese wird von Hirschberg wegen der Unwirksamkeit des Papaverins abgelehnt. Hirschberg nimmt nervös funktionellen Charakter an und empfiehlt Hypnose, während Stark in der Annahme der Spasmen als Ursache die Dilatation mittels eines modifizierten Brüningschen Dilatators auf Grund von über 100 Fällen vorschlägt. Rosenthal beobachtete in einem Falle, in dem Atropin und Papaverin für sich versagten, bei gleichzeitiger Darreichung von Papaverin und Atropin oder noch besser von Adrenalin und Papaverin (Tonolysin) weitgehende Behebung der Schluckbeschwerden. Ebenso empfiehlt Scimone die gleichzeitige Verabreichung von Atropin und Adrenalin. Guisez weist darauf hin, daß als Kardiospasmus die verschiedensten Krankheitsbilder beschrieben werden. Oft handelt es sich um wahre entzündliche Verengerungen, auf deren Boden sehr häufig Carcinome entstehen, was freilich Rebattu und Pétouraud für selten halten. In therapeutischer Hinsicht werden von Guisez alle operativen Maßnahmen abgelehnt, da sie gefährlich und meist nicht erfolgreich sind. An ihre Stelle hat die Sondenbehandlung zu treten, wobei die einmal eingeführte Sonde möglchst lange liegen bleiben soll. Von diagnostischer Bedeutung erscheinen die röntgenologischen Untersuchungen von Palugyay, der bei Speiseröhrenatonie in aufrechter Stellung und in Beckenhochlagerung untersuchte und feststellte, daß bei der Atonie entweder die Peristaltik oder der Tonus oder beide Faktoren zugleich eine Störung zeigen. Bei Kardiospasmus ist fast durchweg der Tonus vermindert. Röntgenuntersuchungen nach der Heyrowskyschen Operation ließen keine Regurgitation, auch nicht bei Beckenhochlagerung, feststellen, was mit Hypertonie der Speiseröhrenmuskeln im Sinne funktioneller Anpassung erklärt wird.

Hinsichtlich der **Divertikel** hat vor allem die Genese dieser Bildungen in einer Reihe von Arbeiten Bereicherung erfahren. Havlicek gibt im Gefolge von König und Kulenkampf eine entwicklungsgeschichtliche Grundlage für die Divertikelbildung, die auf fehlerhafte Beteiligung der Chordaanlage und der chordalen Platte des Mesodermsäckchens zurückgeführt wird. Diese Störung ist in die Zeit der Gastrulation zu verlegen, die bei früheren Untersuchungen nicht berücksichtigt wurde. Mosher kommt auf der Grundlage zahlreicher Leichenuntersuchungen und Gefrierschnitte zu der Annahme, daß es sich bei den retropharyngealen Divertikeln nicht um Hernien der Oesophagusschleimhaut handelt, sondern um Asymmetrien des pharyngealen Trichters in Verbindung mit Asymmetrien des Larynx, der Sin. pyriformes und des Oesophagusmundes. Häufig wird auch eine Plica postericoidea beobachtet, die zu den Sin. pyri-

formes hinzieht und eine richtige Tasche an der Seitenwand des Pharyngealschlauches macht. Jackson und seine Mitarbeiter schreiben der Inkoordination und dem dadurch veranlaßten Spasmus des Musc. cricipharyngeus die Bildung des Pulsionsdivertikels zu und beschrieben außer Pulsions- und Traktionsdivertikeln auch angeborene, doppelte und solche Divertikel, die durch den Zug eines malignen Tumors bedingt sind. Desecker, ebenso Kramer beschreiben die selteneren epiphrenalen Divertikel, die trotz vieler Analogien mit dem Grenzdivertikel über dem Killianschen Speiseröhrenmund eine eigene Divertikelart sind. Die Beschwerden bei diesen Divertikeln (Kramer führt 21 bekannte Fälle an) gehen auf die frühe Jugend zurück. Therapeutisch kommt der transthorakale Weg nach vorausgegangener Gastrostomie und Phrenicusvereisung in Frage. Von den zahlreichen kasuistischen Mitteilungen verdient die Veröffentlichung Freys Interesse, die die Perforation eines Divertikels in die Lunge und die operative Heilung berichtet, weiter der Fall von Reinecke (großes mit der Pleura verwachsenes Divertikel, das nach extrapleuraler Freilegung des hinteren Mediastinums einzeitig abgetragen wurde; Tod nach $1^1/_2$ Tagen). Bohor fand neben einem Traktionsdivertikel ein Duodenalgeschwür und nimmt an, daß die ursächliche Bronchialdrüsenerkrankung zuerst zum Divertikel und dann zur Vagusläsion geführt hat. Oehlecker beschreibt 3 Fälle von Divertikeln bei angeborener Enge des Oesophagus, Vernieuwe multiple Divertikel, von denen die kleineren als Folge der spastischen Zustände betrachtet werden. In therapeutischer Hinsicht wird fast durchweg die ein- oder zweizeitige Exstirpation mit exakter Naht empfohlen.

Die Arbeiten, die sich mit den **Geschwülsten der Speiseröhre** befassen, betreffen fast durchweg Diagnose und Behandlung des Carcinoms.

Werner gibt an Hand 2 eigener Fälle eine Übersicht über die seltenen Amyloidtumoren, Smith und Rush beschreiben die primären Sarkome: bisher 35 Fälle meist bei Männern im 6. Lebensdezennium. Metastasen sind hier wie bei den Carcinomen selten. Orton zählt 50 Fälle von Sarkomen auf und betont, daß therapeutisch nur Radium und Tiefenröntgentherapie in Frage kommt. Fahr beschreibt ein Riesenfibrom, das den ganzen Oesophagus ausfüllte und als Kardiospasmus erfolglos operiert wurde. Tod im Anschluß an die Operation.

Für die Kenntnis des **Carcinoms** erscheint die zusammenfassende Arbeit von Guisez bedeutungsvoll, da sie auf Grund von 1430 eigenen Beobachtungen (bei insgesamt 2800 Oesophagusaffektionen) geschrieben ist. Männer sind 6mal häufiger als Frauen betroffen. Das Carcinom kommt in allen Abschnitten der Speiseröhre vor, am häufigsten im mittleren Teil. In genetischer Hinsicht sind vielleicht die in der Speiseröhre unter dem Einfluß von Schmerz und Gemütserregungen häufigen Spasmen von Bedeutung, da diese zu Oesophagitis führen können. Auf dem Boden der Entzündung kann es dann zu Carcinom kommen. Für die Diagnose ist die schmerzlose rein mechanische Schluckbehinderung wesentlich, die oft plötzlich beim Schlucken eines größeren Bissens eintritt. Der oft beobachtete Speichelfluß ist Folge des verlangsamten Kauens, das durch die Schluckbehinderung bedingt ist. Abmagerung und Kachexie ist Folge der ungenügenden Nahrungsaufnahme, eigentliche Krebskachexie fehlt. Perforationen in die Nachbarorgane sind häufig. Zur Diagnosestellung ist die Oesophagoskopie unerläßlich. Pinos empfiehlt die röntgenologische Feststellung, die sich auf das plötzliche und unregelmäßige Aufhören des Lumens, auf Buchten und Vorwölbungen im Bereich der Stenose, auf erfolglose Peristaltik an der Stenosenstelle (Wand zu rigide) stützt.

In **therapeutischer** Hinsicht betonten alle Autoren einerseits die Notwendigkeit der Frühdiagnose und die verhältnismäßige Gutartigkeit des Speiseröhrencarcinoms (Adenocarcinom mit seltenen Metastasen), andererseits die Mißerfolge der chirurgischen Eingriffe. Berard führt 70 Operationen an, nur in 1 Falle konnte eine jetzt 11 Jahre zurückliegende Dauerheilung beobachtet werden (Torek). Eggers berichtet über 2 seit 6 Wochen operativ geheilte Fälle. Saier hat in einem Falle die antethorakale Plastik

versucht. Tod nach 5 Wochen. Clairmont sieht in der Schweiz das Speiseröhrencarcinom sehr häufig (10% aller Carcinome). Für die Operation kommt in den meisten Fällen die stumpfe Auslösung vom Hals und vom Abdomen aus in Betracht, worauf die ganze Speiseröhre zu entfernen ist (orales Ende zum Halse heraus und Gastrostomie). **Der transpleurale Weg bietet die ungünstigsten Aussichten.**

Wesentlich besser erscheinen nach den vorliegenden Berichten die Erfolge von Radium und Röntgenbestrahlung. Guisez will in 15% der Fälle mit seiner vielfach modifizierten Radiumbehandlung Dauererfolge erzielt haben. Wesentlich hierbei ist, daß die ganze Geschwulst der Radiumwirkung unterliegt, weshalb exakte Lokalisation und Einstellung nötig ist, die auch Ledoux für das wesentliche bei der Strahlenbehandlung hält. (Untersuchung mit Kontrastbrei in Beckenhochlagerung, damit der im Magen befindliche Kontrastbrei zum Teil in die Speiseröhre zurückfließt und das untere Ende der Stenose erkennen läßt). Mills kann nur über gute palliative Erfolge der Radiumbestrahlung berichten. Greene, der wie viele andere Autoren neben dem Radium auch noch Röntgentiefenstrahlen verwendet, muß ebenfalls zugeben, daß es sich bei den Erfolgen der Bestrahlung nur um vorübergehende handelt und läßt sogar die Frage offen, ob die Lebensdauer wesentlich verlängert wird. Jacod, ebenso Pirie will nach vorübergehender Besserung rasche Verschlimmerung gesehen haben und lehnt die Bestrahlung für alle vorgeschriebenen Fälle ab, vor allem wegen der nachfolgenden Schmerzen und tödlichen Blutungen. **Ruhigstellung durch Gastrostomie erscheint als das beste Palliativmittel,** das freilich von anderen Berichtern abgelehnt wird (Chuiton, Guisez).

Molligan empfiehlt trotz der Perforationsgefahr die Dithermiebehandlung mit nachfolgender Bestrahlung, Southar die Intubation der starren Stenose mit einem biegsamen Metallrohr, das die Ernährung ermöglicht und lange liegen bleiben kann. Hierbei ist S. in Übereinstimmung mit Guisez, der bei vorgeschrittenen Fällen ebenfalls eine Gaillardsonde monatelang liegen läßt.

Bezüglich der **operativen Technik** bringen die Arbeiten, abgesehen von kritischen Übersichten über die verschiedenen Methoden der antethorakalen Plastik, im wesentlichen nur Modifikationen dieser Operation, die die Behandlungsdauer verkürzen sollen. Galpern will die Mißerfolge bei der Vereinigung von Hautrohr und Magen durch Verwertung eines frei transplantierten Netzlappens ausschalten. Schönbauer und Orator suchen in gleicher Weise die Naht an der Speiseröhre durch Peritonealtransplantation zu sichern. Heuer versuchte zur Nahtsicherung die Überpflanzung des Zwerchfells, die im Experiment in einer Reihe von Fällen gelang, beim Menschen aber zu einem Mißerfolge führte. Allen hat im Tierexperiment die Fascia lata mit Erfolg zur Nahtsicherung an der Speiseröhre herangezogen, indem er die Speiseröhre nur in der Kontinuität unterband und über den abgebundenen Abschnitt die Fascie deckte, so daß das Lumen der Speiseröhre nicht eröffnet wurde.

Aňsserov, N., Einige anatomische Besonderheiten der Speiseröhre bei Kindern. (Kliničeskaja medicina Bd. 3, Nr. 10, S. 293—295.) (Russisch.) **37**, 101.

Bársony, T., Beschwerdelose jahrzehntelang dauernde Schlingstörungen. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 432.

Bérard, L., et P. Mallet-Guy, Voies d'accès de l'œsophage thoracique. Le décollement de la plèvre costo-vertébrale. (Clin. chir. et laborat. d'anat., fac. de méd., Lyon.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 4, S. 457—476.) **38**, 178.

Berggren, Sture, De l'excitation mécanique du nerf vague dans l'œsophagoscopie. (Acta otolaryngol. Bd. 8, H. 1/2, S. 65—69.) **33**, 888.

Bingel, A., Gastroskopie mit tödlichem Ausgang. (Landeskrankenh., Braunschweig.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 30, S. 695.) **38**, 114.

Cobos, Über die Technik der Oesophagoskopie. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Jg. 16, Nr. 5, S. 287—290.) (Spanisch.) *

Fischer, Aladár, Abschnitte aus der Chirurgie der Speiseröhre. (Budapesti orvosi ujság Jg. 23, H. 3, S. 67—76, H. 4, S. 101—109, H. 5, S. 130—141 u. H. 6, S. 163—169.) (Ungarisch.) **31**, 538.

Ganter, G., Über die vom Schluckakt unabhängige Peristaltik des menschlichen Oesophagus. (Med. Klin., Univ. Würzburg.) (Zeitschr. f. Biol. Bd. 83, H. 3, S. 309 bis 319.) **84**, 837.

Halphen, E., Phréno-cardio-spasme. Guérison par dilatation. (Arch. internat. de laryngol., otol-rhinol. et broncho-œsophasgoscopie Bd. 4, Nr. 3, S. 299—300.) *

Henschen, Zur Oesophaguschirurgie. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **81**, 674.

Hill, William, On the marked advances in the diagnosis and treatment of diseases of the oesophagus during present century. (West London med. journ. Bd. 80, Nr. 3, S. 131—147.) **83**, 177.

Jackson, Chevalier, Gabriel Tucker, Louis H. Clerf, Robert M. Lukens and William F. Moore, Hematemesis. A plea for objective methods of diagnosis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 870—875.) **83**, 889.

Jacobson, Edmund, Voluntary relaxation of the esophagus. (Hull physiol. laborat., univ., Chicago.) (Americ. journ. of physiol. Bd. 72, Nr. 3, S. 387—394.) **83**, 888.

Loebell, H., Zur Operation der Oesophagotrachealfistel. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Marburg.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 11, H. 3, S. 377—382.) **83**, 313.

Lupo, Massimo, Anomalie della deglutizione esofagea da squilibrio vago-simpatico. (Istit. di radiol. med., osp. di S. Giovanni e d. città, Torino.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 4, S. 244—258.) **82**, 235.

Madinaveitia, J. M., Methoden der Oesophagusdiagnostik. (Prog. de la clin. Bd. 82, Nr. 163, S. 13—18.) (Spanisch.). *

Meili, L., Oesophago-Laryngo-Trachealfistel. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Zürich.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 31, S. 524—529.) **82**, 365.

Mijušković, J., Speiseröhrenspasmus nach Resektion der Struma. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 12, S. 719—720.) (Serbo-kroatisch.) **84**, 502.

Mourek, Jindřich, Zugänglichkeit der Kardia und der distalen Speiseröhrenteile bei der Gastrotomie. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 24, S. 934—935.) (Tschechisch.) **82**, 712.

Seiffert, Zur Erkennung und Behandlung von Oesophagusperforationen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 290 bis 292.) **83**, 583.

Spindler, A. M., Ein Fall von sekundärer Tuberkulose des Oesophagus. (Tuberkul. Inst., Jalta, Dir. Sewakin.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 1/2, S. 137—139.) (Russisch.) *

Sternberg, Wilhelm, Oesophagoskopie und Gastroskopie. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 13, H. 1, S. 138—146.) *

Sternberg, Wilhelm, Allgemeine Endoskopie und Gastroskopie. (Neue Gesichtspunkte aus der Mechanik des Oesophagus.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 23, S. 943—945.) *

Suermondt, Experimentelle Magen-Oesophaguschirurgie. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **81**, 689.

Testut, L., et Pellanda, Le calibre de l'œsophage. (Laborat. d'anat., fac. de méd., Lyon.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 4, S. 93—103 u. Nr. 5, S. 125—136.) **81**, 871.

Utili, Volturno, Due casi di spasmo esofageo. (Osp. civ., Faenza.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 7, S. 421—424.) *

Weitz, Wilh., und Walter Vollers, Über peristaltische Bewegungen des Oesophagus. (Med. Poliklin., Univ. Tübingen.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 48, H. 1/2, S. 185—190.) **84**, 837.

Westergren, Alf, und Allan Ragnell, Zwei Fälle mit fistulösen Verbindungen zwischen Oesophagus und Atmungsorganen, ausgehend von eingeschmolzenen mediastinalen Lymphadenitiden. (Pathol. Abt., Karolin. Inst. u. II. med. Klin., Serafimerlaz., Stockholm.) (Acta med. scandinav. Bd. 62, H. 3/4, S. 319—333.) *

Fremdkörper in der Speiseröhre.

Belinoff, S., Oesophagoskopische und bronchoskopische Beobachtungen über Fremdkörper in Luft- und Speiseröhre. (Ann. de l'univ., Sofia Bd. 4, S. 187—267.) (Bulgarisch.) *

Bergis, R., Corps étrangers de l'œsophage et des bronches. (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. 23, Nr. 5, S. 186—191.) *

Burckhardt, Hans, Zur Entfernung der Speiseröhrenfremdkörper durch Gastrotomie bei Kindern. (Chir. Klin., Univ. Marburg a. L.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 35, S. 1963—1966.) **83**, 177.

Da C. Doria, João R., Tod durch Perforation der Speiseröhre und des Aortenbogens durch einen Knochensplitter. (Brazil-med. Bd. 1, Nr. 13, S. 161—162.) (Portugiesisch.)

Day, Charles Ovrin, Four cases of foreign body in the oesophagus. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 16, S. 745—747.)

Dobrzánski, Antoni, Über die Anwendung der Oesophagoskopie zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken, insbesondere zur Entfernung von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 42, S. 887—890.) (Polnisch.) 34, 431.

Eljasberg, M., Zur operativen Behandlung der Fremdkörper der Speiseröhre. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 83—86.) (Polnisch.)

Guisez, J., Quelques problèmes dans l'extraction des corps étrangers de l'œsophage, des voies aériennes et des cavités naturelles. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 93, S. 1541 bis 1544.) 33, 889.

Guisez, Jean, Des corps étrangers d'origine dentaire dans l'œsophage et les voies aériennes, leur extraction par la broncho-œsophagoscopie. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 25, S. 402—408; Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. 23, Nr. 3, S. 97—118.) 32, 882.

Henrard, Etienne, Quelques réflexions à propos de trois cas de corps étrangers de l'œsophage. (Journ. belge de radiol. Bd. 14, H. 1, S. 19—21.) 33, 583.

Jackson, Chevalier, and Thomas McCrae, Discussion on overlooked cases of foreign body in the air and food passages. (Brit. med. journ. Nr. 3381, S. 686—698.) 34, 356.

Lewin, L., Zwei höchst bemerkenswerte Fälle von Oesophagusfremdkörpern. (Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Staatsinst. f. ärztl. Fortbild., Leningrad.) (Arch. f. Ohren-, Nasen -u. Kehlkopfheilk. Bd. 113, H. 4, S. 299—306.)

Mariantschik, L. P., Zur Kasuistik von multiplen Fremdkörpern in der Speiseröhre und im Magen-Darmkanal. (M.-K.-W. Eisenbahnkrankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 48, S. 2710—2715.)

Mello, Carlos de, Bemerkungen zu zwei Fällen von Fremdkörpern in der Speiseröhre. (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 3, S. 125—141.) (Portugiesisch.) 33, 311.

Michalkin, P., Die Oesophagotomia externa zum Entfernen von Fremdkörpern aus der Speiseröhre. (Gouvern.-Krankenh., Nižni-Nowgorod.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 461—468.) (Russisch.) 34, 578.

Seiffert, Zur Erkennung und Behandlung von Oesophagusperforationen. (5. Jahresvers. d. Ges. dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte, München, Sitzg. v. 28.—30. V. 1925.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. 12, Kongreßber. 2. Tl., S. 290 bis 292.) 33, 583.

Stefani, Antonio, Contributo anatomo-patologico alla conoscenza degli esiti mortali da corpi estranei esofagei. (Istit. di anat. patol., Firenze.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 12, S. 616—622.) 34, 578.

Stout, Philipp S., Foreign body in esophagus. (Laryngoscope Bd. 35, Nr. 5, S. 357 bis 358.)

Suchanek, Erwin, Über Speiseröhrenverletzungen durch Fremdkörper. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 8, S. 470—475.)

Tucker, Gabriel, and Louis H. Clerf, Foreign bodies in the air and food passages. (Bronchoscop. clin., Philadelphia.) (Ann. of otol., rhinol. a. laryngol. Bd. 34, Nr. 1, S. 5—78.)

Wilson, W. Frank, Oesophagoscopy: A means of detecting foreign bodies nonopaque to X-rays. (Throat a. ear dep., roy. Victoria infirmary, Newcastle-On-Tyne.) (Brit. med. journ. Nr. 3358, S. 656.) 32, 363.

Divertikel, Dilatation der Speiseröhre, Megaoesophagus.

Bokor, György, Speiseröhrendivertikel und Duodenalgeschwür bei demselben Kranken. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 49, S. 1097—1098.) (Ungarisch.) 34, 433.

Bouvier, Ernst, Über ein pharyngo-oesophageales Divertikel, hervorgerufen durch eine retrosternale Struma. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 802—804.) 32, 504.

Bull, P., So-called idiopathic dilatation of the oesophagus. (Dilatatio fusiformis oesophagi, cardiospasmus, megaoesophagus.) Five cases, of which four have been treated by means of oesophago-gastrostomia subdiaphragmatica. (Surg. dep. B. Rigshosp., Christiania.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 581—626.) 31, 289.

Bull, Peter Nicolay, So-called idiopathic dilatation of the oesophagus. Synonyms: dilatatio fusiformis oesophagi, cardiospasmus, megaoesophagus. Five cases, of which four have been treated by means of oesophago-gastrostomia subdiaphragmatica. (Rikshosp., Oslo.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 59—93.) 31, 671.

Bull, Peter Nicolay, So-called idiopathic dilatation of the oesophagus. Treatment and report of cases. (Rikshosp., Christiania.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. **2**, S. 470 bis 493.) **81**, 673.

Cascão de Anciães, J. H., 4 Fälle idiopathischer Erweiterung der Speiseröhre. (Lisboa méd. Jg. **2**, Nr. 8/9, S. 415—439.) (Portugiesisch.) *

Castex, M. R., A. J. Heidenreich und R. L. Repetto, Symptome bei einem Megaoesophagus. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. **8**, S. 389—393.) (Spanisch.) *

Castronovo, Ettore, Dilatazione idiopatica dell'esofago associata a stenosi pilorica. (Arciconfraternitá dei Rossi, Messina.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. **6**, S. 356 bis 363.) **82**, 507.

Curchod, E., Goitre et diverticule œsophagien. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 5, S. 158—164.) **82**, 236.

Dubois-Trépagne, Oesophagectasie simulant un estomac thoracique. (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 2, S. 84—91.) **83**, 313.

Giardina, Serafino Giuseppe, Epitelioma maligno in megaesofago. (Istit. di anat. patol., osp. civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 72—89.) **83**, 178.

Gobeaux, Z., Diverticule de la portion inférieure de l'œsophage. (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 2, S. 94—97.) *

Guisez, J., Quelques formes peu connues de diverticules de l'œsophage. Diverticules du tiers inférieur de l'œsophage. (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. **23**, Nr. **4**, S. 145—149.) **85**, 554.

Hitzig, Th., Pulsionsdivertikel des Oesophagus. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. **6**, S. 231.) **81**, 539.

Hurst, Arthur F., Two cases of diverticula from the lower end of the oesophagus. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. **3**, S. 361—366.) **83**, 178.

Hurst, Arthur F., Anterior pharyngo-oesophageal pouch as a cause of dysphagia. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 3, S. 367—372.) **83**, 312.

Jewett, C. Harvey, and John A. Lichty, Diverticula of the esophagus. (Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. **6**, S. 488—492.) *

Knox, Leila Charlton, Idiopathic dilatation of the esophagus: Report of a case. (Proc. of the New York pathol. soc. Bd. **25**, Nr. 6/8, S. 121—128.) *

Krokiewicz, Antoni, Über Oesophagusektasien. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 48, S. 1014—1016.) (Polnisch.) *

Lotheissen, G., Divertikel der Speiseröhre. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 28, S. 777—780.) **83**, 312.

Mac Guire, D. Philip, Surgical diseases of the esophagus. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. **4**, S. 133—140.) **82**, 881.

Moore, E. C., Esophageal diverticula. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. **3**, S. 299 bis 301.) **81**, 872.

Nelken, L., und H. Strauß, Über Elongatio oesophagi. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 24, S. 882—884.) **83**, 178.

Oehlecker, Oesophagusdivertikel, insbesondere bei angeborener Enge der Speiseröhre. (Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 699 bis 713.) **82**, 507.

Reinecke, R., Selten großes pleuraadhärentes Oesophagusdivertikel und seine operative Behandlung. (Allg. Krankenh. St. Georg. Hamburg.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 6, S. 949—953.) **84**, 433.

Sargnon A., Sténose membranoïde congénitale infantile et mégaœsophage infantile. (Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol. Jg. **46**, Nr. 23, S. 781—791.) **84**, 838.

Scimone, Vittoro, Osservazioni cliniche su un caso di megaesofago. (Istit. di patol. med., univ., Firenze.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. **46**, S. 1085—1088.) **84**, 433.

Vinson, Porter P., Pharyngo-esophageal diverticula: Diagnosis and preoperative management. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. **3**, S. 178—180.) **83**, 312.

Vogl, Alfred, Ein Fall von penetrierendem Magengeschwür und epiphrenalem Oesophagusdivertikel. (Krankenh. d. Wien. Kaufmannschaft, Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 2, S. 196—199.) **82**, 373.

Wildenberg, van den, Deux nouveaux cas de diverticules œsophagiens opérés et guéris. (Scalpel Jg. 78, Nr. 44, S. 1109—1116.) *

Stenosen der Speiseröhre.

(*siehe auch Geschwülste der Speiseröhre S. 499*).

Alksnis, J., Zur Therapie der Oesophagusverätzungen. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Riga.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 378—389.) **83**, 584.

Allen, Duff S., Further experimental reconstruction of the esophagus with autogenous fascia lata transplants. (Dep. of surg., Washington univ. med. school, St. Louis.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 374—391.) **31**, 164.

Axhausen, G., Über Oesophagusplastik. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **8**, Nr. 2, S. 113—125.) (Spanisch.) **33**, 891.

Bókay, János, Über die kindlichen Speiseröhrenstrikturen, besonders über Laugenvergiftungen und über Vermeidung der Verengerungen nach denselben sowie über Diagnostik und Behandlung der Verengerungen. (Budapesti orvosi ujság Jg. **23**, H. 2, S. 31—39.) (Ungarisch.) **31**, 538.

Bókay, Joh. v., Die Frühbougierung nach Salzer bei Laugenverätzungen der Speiseröhre im Kindesalter. (Univ.-Kinderklin., Budapest.) (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **9**, H. 4, S. 534—540.) **31**, 538.

Botey, Ricardo, Die Ätzverbrennungen des Oesophagus und ihre Behandlung. (Rev. española de med. y cir. Jg. **8**, Nr. 89, S. 621—628.) (Spanisch.) *

Dziembowski, Z., Zur chirurgischen Behandlung des Kardiospasmus. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 4, S. 86—95.) (Polnisch.) **35**, 166.

Finny, C. M., A case of oesophageal stricture. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. **44**, Nr. 2, S. 110—111.) *

Flechtenmacher jr., C., Zur totalen antethorakalen Oesophagoplastik. (Chir. Priv.-Klin. Dr. Flechtenmacher jr., Kronstadt.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 47, S. 2590—2597.) **33**, 891.

Fotiade, V., Die präventive Behandlung der Oesophagusstenosen nach Lungenverätzungen. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 6, S. 553—562.) (Rumänisch.) **33**, 313.

Fotiade, V., Zwei Fälle alter narbiger Oesophagostenose, mit Gastrostomie geheilt durch das Verfahren des Fadens ohne Ende. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 6, S. 217—219.) (Rumänisch.) *

Galpern, J., Eine neue Methode der Oesophagoplastik. (Chir. Klin., med. Inst., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 4, S. 182—184.) **31**, 165.

Henschen, Zur Oesophaguschirurgie. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 674.

Jankovskis, J., L'œsophagoplastie totale; ses résultats fonctionnels. (Clin. chir., hôp. de l'univ., Riga.) (Journ. de chir. Bd. **25**, Nr. 6, S. 633—652.) **32**, 712.

Jasiński, Waclaw, Beitrag zur Klinik der angeborenen Oesophagusatresie. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 19, S. 443—445.) (Polnisch.) **33**, 583.

Key, Einar, Passagehindernis in der Speiseröhre durch eine verkalkte intrathorakale Drüse. (Hygiea Bd. **87**, H. 20, S. 772—774.) (Schwedisch.) **33**, 889.

Lotheissen, G., Zur Behandlung der Oesophagusstriktur. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 40, S. 2213—2217 u. Nr. 49, S. 2699—2705.) **34**, 579.

Mac Guire, D. Philip, Surgical diseases of the esophagus. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 4, S. 133—140.) **32**, 881.

Nicolaysen, Johan, Extrathoracic oesophagoplasty. (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 421—456.) **31**, 873.

Obarski, F., Oesophagusstenose infolge eines peptischen Geschwürs seines unteren Teiles auf Grund einer langdauernden Pylorusstenose. (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 9, S. 200—202.) (Polnisch.) **32**, 508.

Osmond, John D., Obstruction of the esophagus. (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 312 bis 321.) **35**, 395.

Osolin, A. L., Zur Kasuistik der Narbenstrikturen des Oesophagus nach dessen Verbrennung mit Ätznatron. (Chir. Gouvernementskrankenh., Ssemipalatinsk, Sibirien.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 1, Nr. 29, S. 28—35.) (Russisch.) **34**, 838.

Pagani Cesa, Andrea, Il sondaggio precoce nelle ustioni esofagee secondo il metodo Salzer. (Clin. pediatr., univ., Padova.) (Valsalva Jg. **1**, H. 10, S. 368 bis 372.) **34**, 432.

Pokotilo, W., Oesophagoplastik nach Roux. (Demonstration einer Patientin.) (Chir. Univ.-Klin., Prof. Pokotilo, Odessa.) (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 891.

Pokotilo, W., Ein Fall von vollendeter Rekonstruktion der Speiseröhre nach Roux. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Pokotilo, Odessa.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 352—354.) (Russisch.) **35**, 394.

Radliński, Z., Über die Exstirpation der carcinomkranken Speiseröhre von der Bauchhöhle und vom Halse aus. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 4, S. 95—97.) **35**, 394.

Riesenkampff, Otto, Ein Fall von totaler antethorakaler Oesophagusplastik. (V. Ssov. Krankenh. Smolensk u. Krankenh. d. Deutschen Roten Kreuzes, Lenin-

grad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 154—158.) (Russisch.) **35**, 819.
Rovsing, Thorkild, Antethoracic oesophagoplasty. A new method. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 52—58.) **31**, 290.
Salzer, Hans, Behandlung der Speiseröhrenverätzung. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 11, S. 309—310.) **31**, 872.
Santoro, E., Stenosi esofagee. Considerazioni cliniche ed osservazioni radiologiche per la diagnosi differenziale. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 6, S. 894—907.) **35**, 889.
Sebestyén, Gyula, Über Mechanismus und Wert der künstlichen Speiseröhre. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 37, S. 882—884.) (Ungarisch.) **33**, 585.
Stråhle, Lennart, Ein Fall von antethorakaler Oesophagusplastik. (Länskrankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 1—18.) **31**, 539.
Strauss, Alfred A., and Julius H. Hess, Congenital esophageal stenosis above cardiac orifice. A new method of surgical treatment. (Surg. a. pediatr. serv., Michael Reese hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 501—504.) **31**, 872.
Vinson, Porter P., Epigastric pain a symptom of oesophageal obstruction. (Sect. on med., Mayo clin., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 212—214.) **34**, 432.
Vinson, Porter R., Esophageal obstructions in childhood. (Sect. on med., Mayo clin., Rochester.) (Arch. of pediatr. Bd. **42**, Nr. 3, S. 211—212.) **32**, 881.
Vries, W. M. de, Angeborene Oesophagusstenose. (Werken v. het genootschap ter bevordering v. natuur-, genees- en heelk., Amsterdam, 2. Ser. Bd. **11**, H. 2, S. 204 bis 210.) (Holländisch.) **32**, 881.

Geschwülste der Speiseröhre.

Allen, Duff S., Further experimental reconstruction of the esophagus with autogenous fascia lata transplants. (Dep. of surg., Washington univ. med. school, St. Louis.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 374—391.) **31**, 164.
Axhausen, G., Über Oesophagusplastik. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **3**, Nr. 2, S. 113—125.) (Spanisch.) **33**, 891.
Bakai, Lajos, Über Oesophaguscarcinom. (Orvosképzés Jg. **15**, H. 2, S. 97—107.) (Ungarisch.) *
Buchbinder, William Charles, Carcinoma of the esophagus with especial reference to site. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 4, S. 496—499.) **33**, 890.
Dutheillet de Lamothe, Remarques à propos de l'étiologie des tumeurs malignes des voies aéro-digestives supérieures. (Ann. des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx Bd. **44**, Nr. 12, S. 1230—1233.) **35**, 392.
Eggers, Carl, Resection of the thoracic portion of the esophagus for carcinoma. Report of a successful case. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 361—373.) **30**, 926.
Eggers, Carl, Resection of the thoracic portion of the esophagus for carcinoma. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 521—524.) **32**, 509.
Flechtenmacher jr., C., Zur totalen antethorakalen Oesophagoplastik. (Chir. Priv.-Klin. Dr. Flechtenmacher jr., Kronstadt.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. **47**, S. 2590—2597.) **33**, 891.
Galpern, J., Eine neue Methode der Oesophagoplastik. (Chir. Klin., med. Inst., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 4, S. 182—184.) **31**, 165.
Gavello, G., La diagnosi precoce del cancro della laringe, della faringe e dell'esofago. (Istit. di clin. oto-rino-laringoiatr., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 22—29.) *
Giardina, Serafino Giuseppe, Epitelioma maligno in megaesofago. (Istit. di anat. patol., osp. civ., Veuezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 72—89.) **33**, 178.
Guisez, Jean, Cancer de l'œsophage à formes rares: cancer secondaire et cancer à double localisation. (Bull. d'oto-rhino-laryngol. et de broncho-œsophagoscopie Bd. **23**, Nr. 1, S. 15—19.) **32**, 509.
Guisez, Jean, Malignant tumours of the oesophagus. (Journ. of laryngol. a. otol. Bd. **40**, Nr. **4**, S. 213—232.) **32**, 712.
Guisez, Jean, Quelques formes anormales du cancer de l'œsophage. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 4, S. 89—91.) *
Henschen, Zur Oesophaguschirurgie. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 674.

Heuer, George J., William de W. Andrus and H. Glenn Bell, The experimental transplantation of the diaphragm as an adjunct in the treatment of lesions at the lower end of the oesophagus. Application of the method in a case of carcinoma of the cardiac end of the oesophagus in man. (Surg. serv., gen. hosp., Cincinnati.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 273—286.) **31**, 290.

Jackson, Chevalier, Carcinoma and sarcoma of the esophagus: A plea for early diagnosis. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 5, S. 625—648; Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 12, S. 485—500.) **32**, 508. **36**, 450.

Ledoux et Leroy, Traitement du cancer oesophagien. (Le cancer Jg. **12**, Nr. 4, S. 137 bis 149.) **37**, 104.

Mac Guire, D. Philip, Surgical diseases of the esophagus. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 4, S. 133—140.) **32**, 881.

Master, A. M., The blood count in carcinoma of the esophagus. (Admitting dep., Mt. Sinai hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 10, S. 734—736.) **31**, 872.

Melnikoff, Alexander, Zur Frage der Larynx- und Tracheadislokation bei Geschwulstexstirpation im cervicalen Oesophagusabschnitt. (Inst. d. oper. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **44**, S. 2479 bis 2483.) **33**, 890.

Nicolaysen, Johan, Extrathoracic oesophagoplasty. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 421—456.) **31**, 873.

Nissnjevic, L., Zur Frage über die Behandlung des Speiseröhrenkrebses. (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 6, S. 801—809.) (Russisch.) **35**, 818.

Pokotilo, W., Oesophagoplastik nach Roux. (Demonstration einer Patientin.) (Chir. Univ.-Klin. Prof. Pokotilo, Odessa.) (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 891.

Pokotilo, W., Ein Fall von vollendeter Rekonstruktion der Speiseröhre nach Roux. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Pokotilo, Odessa.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 352—354.) (Russisch.) **35**, 394.

Radliński, Z., Über die Exstirpation der carcinomkranken Speiseröhre von der Bauchhöhle und vom Halse aus. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 4, S. 95—97.) **35**, 394.

Rovsing, Thorkild, Antethoracic oesophagoplasty. A new method. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 52—58.) **31**, 290.

Sebestyén, Gyula, Über Mechanismus und Wert der künstlichen Speiseröhre. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. **37**, S. 882—884.) (Ungarisch.) **33**, 585.

Sebestyén, Julius, Über Mechanismus und Wert der künstlichen Speiseröhre. (Chir. Klin., Elisabeth-Univ., Pécs.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 238 bis 245.) **33**, 892.

Stråhle, Lennart, Ein Fall von antethorakaler Oesophagusplastik. (Länskrankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 1—18.) **31**, 539.

Torek, Franz, Carcinoma of the thoracic portion of the esophagus. Report of a case in which operation was done eleven years ago. (7. ann. meet., Americ., assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. **1**, Tl. **2**, S. 353 bis 360.) **30**, 925.

Vinson, Porter P., Cancer of the esophagus. (Med. clin. of North Americ. Bd. **8**, Nr. 4, S. 1027—1036.) **32**, 236.

Vinson, Porter P., and Herman J. Moersch, Dilation versus gastrotomy as a palliative treatment of carcinoma of the esophagus. (Mayo found., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 9, S. 658—659.) **32**, 509.

Werner, Carl, Klinische Beiträge zur Frage der Amyloidtumoren der oberen Speise- und Luftwege. Kritischer Übersichtsbericht. (Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkranke, Heidelberg.) (Folia-oto-laryngol., II. Tl.: Internat. Zentralbl. f. Ohrenheilk. u. Rhino-Laryngol. Bd. **24**, H. 1/3, S. 1—10.) **32**, 508.

Brustfell und Lungen.

Übersichtsreferat.

Von

W. Jehn, Mainz.

(Das Referat ist am Schluß des Bandes auf S. 802 abgedruckt worden, weil es dem Verfasser aus persönlichen Gründen leider nicht möglich war, es rechtzeitig zum Druck abzuliefern. Die Schriftleitung.)

Brustfell.

Bernou, André, et Fernand Cardis, Etude critique sur la pression intrapleurale physiologique (vide pleural). (Rev. de la tubercul. Bd. 6, Nr. 5, S. 614—631.) *

Bettman, Ralph Boerne, The reaction of the pleura to particulate matter, especially in the presence of pneumothorax. A preliminary report. (Nelson Morris mem. inst. f. med. research, Michael Reese hosp., Chicago.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 523—530.) **31**, 235.

Calderón, César, Behandlung eines Falles von penetrierender Thoraxwunde. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 406, S. 9—11.) (Spanisch.) *

Esau, P., Verkalkungen der Pleura nach entzündlichen Prozessen. (Kreiskrankenh., Oschersleben-Bode.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 51, S. 2878—2882.) **34**, 83.

Finikov, A., Zur Frage der Behandlung der Pleurafisteln. (Chir. Klin., Prof. Grekov, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chirurgen, Moskau, 3.—8. Mai 1924. S. 368—369. Leningrad 1925.) (Russisch.) *

Fonteyne, Paul, Mort subite par ponction pleurale. (Scalpel Jg. 78, Nr. 22, S. 501 bis 507.) **34**, 83.

Jacobaeus, H.-C., La cautérisation des adhérences dans le traitement de pneumothorax artificiel de la tuberculose pulmonaire. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 33, S. 145 bis 151.) **34**, 86.

Kottmaier, Jean, Zur Therapie gutartiger raumbeengender Tumoren im Thorax und ihre Beeinträchtigung des Kreislaufes. (Strahlentherapeut. Inst., Dr. Jean u. Dr. Elsa Kottmaier, Mainz.) (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. 17, Nr. 21, S. 339—346.) *

Kusmin, S., Zur Behandlung der Bronchialfisteln. (Chir. Klin., Prof. E. Hesse, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925.) (Russisch.) **36**, 626.

Lilienthal, Howard, Lilienthals thoracic surgery. (London: W. B. Saunders Comp. 1925. 1275 S. sh. 90.—.) *

Paitre, R.-F.-C., Les raisons anatomiques des diverses voies d'accès à la plèvre et aux médiastins. (Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 82, Nr. 6, S. 766—825.) **34**, 773.

Patterson, D. Wells, and F. J. Nattrass, Actinomycosis of the pleura. An account of two cases, with pathological findings. (Victoria infirmary, Newcastle-on-Tyne.). (Brit. med. journ. Nr. 3359, S. 918—919.) **32**, 589.

Pescher, J., Contribution au traitement des pleurésies. Comment on ramène le poumon à sa place anatomique à la paroi et à son fonctionnement physiologique. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 17, S. 381—383.) **32**, 100.

Piercy, Harry D., A physical problem in bilateral hydrothorax with a new method of management. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 167—169.) **32**, 100.

Pottenger, F. M., Pain and muscle tension caused by inflammation of the diaphragmatic costal and lower parietal pleura simulating that from abdominal viscera. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 62—70.) **31**, 371.

Rosenstein, G., Methylenblauspülung des Pleuraraumes mit tödlichem Ausgang. (Städt. Krankenanst., Königsberg i. Pr.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 22, S. 908—910.) **34**, 83.

Ruhemann, Ernst, Die Beziehungen des Phrenicus zu Perikard und Pleura pericardiaca. (Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz. Bd. 60, Erg.-H., S. 212—222.) **34**, 705.

Schleier, F. J., Dermoid cyst of the pleural cavity. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 14, S. 1038—1039.) **33**, 586.

Ssokol, M., Zur Frage der Entstehung und Erkennung des primären Echinokokkus der Pleurahöhle. (Chir. Fakultätsklin., med. Hochsch., Charkoff, Prof. Trinkler.) (Vračebnoe delo Jg. 7, Nr. 24/26, S. 1394—1399.) (Russisch.) *

Thoné, Le traitement des pleurésies séro-fibrineuses par le chlorure de calcium. (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 1, S. 11—15.) **33**, 585.

Torkačewa, M. J., Parapleuritis. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik Prof. Oppels] Bd. 1, S. 222 bis 229.) (Russisch.) **35**, 892.

Empyem.

Aloi, V., Sulla cura dell'empiema. (Osp. civ., Catanzaro.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 5, S. 103—105.) **32**, 101.

Caesar, Friedrich, Über Lungenentrindung bei der Empyembehandlung. (Diakonissenanst., Flensburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 1/2, S. 107 bis 115.) 33, 586.
Cameron, Hector C., Henry S. Souttar, F. G. Chandler, W. H. C. Romanis and Twistington Higgins, Discussion on the treatment of empyema. (Brit. med. journ. Nr. 3378, S. 331—340.) 33, 893.
Cuatrecasas, Juan, und Manuel Armangué, Die Thermoasymmetrie bei eitriger Pleuritis. (Rev. española de med. y cir. Jg. 8, Nr. 82, S. 190—192.) (Spanisch.) 32, 101.
Dubay, M., Die Punktionsbehandlung der Empyeme. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 238.
Eggers, Carl, Acute empyema. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 499 bis 520.) 32, 588.
Elias, H., Zur Behandlung des akuten Thoraxempyems mit künstlichem Pneumothorax. (I. med. Klin., Univ. Wien.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 543—549.) 33, 585.
Flesch, Julius, Über die Verwendung der Wasserstrahlenpumpe zur Absaugung von serösen und eitrigen Exsudaten. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1593 bis 1595.) 33, 585.
Galli-Valerio, B., L'opération de l'empyème postpneumonique par le procédé de Buzzi. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 9, S. 181—182.) 31, 744.
Gask, George E., Remarks on the possibilities of exploratory thoracotomy. (St. Bartholomew's hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. 3347, S. 343—346.) 31, 540.
Graf, Walther, Pathologisch-physiologische Gesichtspunkte für die Behandlung des akuten Pleuraempyems. (Krankenh. St. Georg, Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 14, S. 545—550.) 32, 340.
Guilleminet, M., et R. Labry, De la thoracectomie étendue, seul traitement des fistules pleurales rebelles. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 75, S. 1252—1254.) 33, 586.
Harrington, Stuart W., and Arthur G. Plankers, Empyema. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 791—805.) 32, 589.
Hedblom, Carl A., Bilateral empyema. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 6, S. 209—210.) *
Irger, Ju M., Pulsierender Absceß der Brusthöhle bei Tuberkulose der Bronchialdrüsen. (Chir. Klin., Minsk, prof. Ssokolowskij) (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag der Ukraine. S. 170—177.) (Russisch.) 32, 591.
Irwin, Emmett L., The treatment of acute empyema. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 5, S. 275—284.) 33, 892.
Judin, S., 34 Fälle von Thorakoplastik wegen veralteten Pleuraempyems. (Chir. Abt., Krankenh., Sserpuchoff.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 367—368.) (Russisch.) 35, 295.
Klekner, Karl, Die chirurgische Behandlung der Brustfellerkrankungen. (XI. ung. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—11. IX. 1924.) 31, 236.
Koelzer, W., Über erfolgreiche Kombination der Punktionsbehandlung mit der Operation bei mehrfach abgekapseltem Pleuraempyem. (Städt. Krankenh., Braunschweig.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 39, H. 4, S. 456—459.) 33, 586.
Krasnobajev, T., und I. Freidin, Resultate der Behandlung akuter Empyeme nach dem Material des Morosovschen Kinderkrankenhauses. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 358—362.) (Russisch.) 35, 294.
Kružkov, W., Resultate der operativen Behandlung akuter Empyeme nach dem Material des Wladimir-Kinderhospitals. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau 3.—8. V. 1924, S. 354—358.) (Russisch.) 35, 295.
Lambert, Emile, Contribution à l'étude des pleurésies purulentes. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 5, S. 70—72.) *
Lebedev, A. S., A. M. Karjakina und R. I. Kaplun, Behandlung der Empyeme durch Spülungen der Pleuralhöhle mit Pneumothoraxbehandlung. (Med. Univ.-Klin., Perm., Prof. Lebedev.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 14, S. 342—344.) (Russisch.). 35, 318.
Lemon, Willis S., A clinical survey of thirty cases of proved tuberculosis of the pleura. (Sect. of med., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, H. 6, S. 804—816.) 35, 319.
Mahle, A. E., Thoracic operative clinic. (Case of bronchiectasis.) (7. ann. meet.. Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 590—600.) 31, 291.
Major, R. H., Medical treatment of empyema, with special reference to chemotherapy. (Journ. of the Iowa state med. soc. 15, S. 248.) 33, 893.

Manuilov, V., Über die Behandlung der eitrigen Pleuritis nach dem Material des Obuchov-Krankenhauses. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 362—363.) (Russisch.) **35**, 295.

Marmoiton, Guérison spontanée d'un abscès intrathoracique. (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 18, S. 653—657.) *

Melchior, Eduard, Zur Diagnose der Bronchusfistel beim Pleuraempyem. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **6**, S. 297—299.) **34**, 85.

Muralt, F. L. de, et P. Weiller, Sur deux cas de perforation pulmonaire au cours du traitement de l'empyème du pneumothorax artificiel. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 47, S. 1260—1261.) **34**, 774.

O'Donnell, F. J., Pleural empyema. Observations and notes on a series of cases. (Irish journ. of med. science Ser. **5**, Nr. 38, S. 125—134.) **31**, 744.

Petraševskaja, G., Zur tamponlosen Behandlung eitriger Erkrankungen der Brusthöhle und über Pleuritiden, welche Lungenabscesse simulieren. (Chir. Klin., Prof. Grekow, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 363—367.) (Russisch.) **35**, 295.

Ricci, F., e A. Acquardo, Sulla terapia dell'empiema pleurico acuto. (Istit. di patol. spec., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 2, S. 209—288.) **32**, 587.

Rona, D., Über mehrzeitige radikale Operation veralterter eitriger Pleuritiden. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 237.

Rona, Dezsö, Über die radikale Operation der chronischen eiterigen Pleuritiden in mehreren Sitzungen. (Budapesti orvosi ujság Jg. **23**, H. 6, S. 159—162.) (Ungarisch.) **31**, 374.

Rosenstein, G., Methylenblauspülung des Pleuraraumes mit tödlichem Ausgang. (Städt. Krankenanst., Königsberg i. Pr.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 908—910.) **34**, 83.

Rosenstein, Paul, Pleuraempyem und Rivanol. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 12, S. 544—548.) **31**, 851.

Roth, M., Partielle Thorakoplastik bei interlobulärem Empyem. (Chir. Klin., Univ. Cluj.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 8, S. 409—410.) **31**, 540.

Saltzman, Fredrik, und Olof Sievers, Beobachtungen über die späteren Schicksale von Pleuraempyempatienten. (Tuberkulose und Mortalität.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 158—176.) **31**, 373.

Savelli, Elia, La cura chirurgica della pleurite purulenta nei bambini. (Osp. riuniti, Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **28**, Nr. 20, S. 327—328.) **33**, 893.

Soresi, A. L., The correct conception of thoracic empyema and its rational physiological treatment. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. **8**, S. 460—465 u. Nr. **9**, S. 524 bis 527.) **32**, 715.

Tierny, A., Traitement de la pleurésie purulente chez l'enfant. (Clinique Jg. **20**, Nr. 50, S. 310.) **34**, 774.

Tierny, Auguste, Traitement des fistules pleurales. (Clinique Jg. **20**, Nr. 56, S. 440.) *

Traitement, Le — opératoire des pleurésies purulentes de l'enfance. (Journ. des praticiens Jg. **38**, Nr. 18, S. 301.) *

Lungen.

Allgemeines.

Abt, I. A., Massive collapse of the lung. Report of case in a boy aged ten years. (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **30**, Nr. 3, S. 347—354.) **34**, 362.

Andrus, William DeWitt, Observations on the cardiorespiratory physiology following the collapse of one lung by bronchial ligation. (Surg. dep., univ. of Cincinnati coll. of med. a. Cincinnati gen. hosp.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 506—522.) **31**, 167.

Anzilotti, Giulio, Fistole bronchiali e loro cura. (Sez. chir., osp. civ., Livorno.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 34—57.) **33**, 240.

Billmann, H. S., Die Entfernung von Emboli der Arteria pulmonalis. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 38, S. 823—824.) (Dänisch.) **33**, 338.

Bowers, Chester, Obstruction of a main bronchus with report of an unusual case. (Laryngoscope Bd. **35**, Nr. 2, S. 119—127.) **32**, 707.

Buchanan, J. J., Extraction through the thorax of projectiles long resident in the lung. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 390—403.) **33**, 427.

Cerepnin, K., Zur Anatomie der Lungenarterie und ihrer Äste und über den operativen Zugang zu denselben. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch S. 118—129. Tomsk 1925.) (Russisch.) **38**, 365.

Churchill, Edward D., Pulmonary atelectasis, with especial reference to massive collapse of the lung. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 489—518.) **33**, 806.

Discussion on the prevention and treatment of post-operative pulmonary affections. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 9, sect. of surg., anaesthetics, med., obstetr., gynaecol. a. pathol., 4. II. 1925, S. 41—58.) **32**, 718.

Fajermann, I., Über die Methodik der Versorgung des Bronchialstumpfes nach der Lungenresektion. (Inst. f. operat. Chir., Prof. Melnikov, Charkov.) (Verhandl. d. 16. Kongr. d. russ. Chir., Moskau, Sitzg. v. 3.—8. V. 1924, Leningrad, S. 390.) (Russisch.) **37**, 264.

Featherstone, Henry, An inquiry into the causation of post-operative pneumonia. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 487—523.) **31**, 293.

Feiermann, J., Zur Versorgung des Bronchialstumpfes nach Lungenamputation. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 2, S. 300—307.) **34**, 85.

Funk, Elmer H., The contraindications to bronchoscopy. (Dep. of med. a. dep. of bronchoscopy, Jefferson hosp., Philadelphia.) (Arch. of otolaryngol. Bd. 1, Nr. 2, S. 209—212.) **31**, 919.

Gelonesi, G., Un intervento per ferite polmonari. (Ann. di med. nav. e colon. Bd. 1, H. 3/4, S. 169—173.) **32**, 141.

Gwyn, Norman B., The classification of postoperative pulmonary lesions. (40. sess., Washington, 5.—7. V. 1925.) (Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. 40, S. 403—412.) **35**, 156.

Halperin, George, Postoperative massive collapse of the lung. (Wesley mem. hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 53—56.) **32**, 590.

Hedblom, C. A., Progress of thoracic surgery. (Journ. of the Iowa state med. soc. 15, S. 251; Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 5, S. 374—379.) *

Herrmann, E., Über die Verwendung des Strontiurans an Stelle von Calcium. (Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 11, S. 424.) **31**, 788.

Jackson, Chevalier, and Walter Estell Lee, Acute massive collapse of the lungs. A discussion of its mechanism and of its relation to foreign bodies in the bronchi and post-operative complications. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 364—389.) **34**, 84.

Jackson, Chevalier, Gabriel Tucker, Louis H. Clerf, Robert M. Lukens and William F. Moore, Bronchoscopy as an aid to the thoracic surgeon. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 2, S. 97—103.) **31**, 292.

Kolodny, Anatole, Pulmonary complications after laparotomies. The site of hypodermoclysis in relation to them. (Dep. of surg., state univ. Iowa coll. of med., Iowa.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 11, S. 810—812.) **32**, 31.

Kuma, Shidzuo, Experimentelle Untersuchungen über die operative Lungenkollapstherapie. (Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka Bd. 10, S. 145 bis 159.) **32**, 882.

Kusmin, S., Zur Behandlung der Bronchialfisteln. (Chir. Klin., Prof. E. Hesse, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925.) (Russisch.) **36**, 626.

Lagemann, C., Zur Behandlung postoperativer Lungenkomplikationen. (Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 27, S. 1014.) **32**, 590.

Lebsche, Zur operativen Behandlung der Bronchialfisteln und der Gitterlunge. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV.) **31**, 675.

Lee, Walter Estell, Postoperative pulmonary complications. (Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 4, S. 198—204.) **34**, 237.

Lidwill, Mark, Administration of ether in operations of the lung. (Roy. Prince Alfred hosp., Camperdoun a. Mater Misericordiae hosp., North Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 25, S. 698—699.) **34**, 336.

Lilienthal, Howard, Lilienthals Thoracic surgery. (London: W. B. Saunders Comp. 1925. 1275 S. sh. 90.—.) *

Lindsay, E. C., The prevention and treatment of post-operative pulmonary embolism. (Lancet Bd. 208, Nr. 7, S. 327—328.) **32**, 141.

Matsui, Yoshio, Beiträge zur Anatomie und Histologie des N. phrenicus. (III. Abt., anat. Inst., Kais. Univ. Kyoto.) (Arch. f. japan. Chir. Bd. 2, H. 2 u. H. 3.) (Japanisch.) **35**, 698. **32**, 501.

Melnikoff, A., Anatomisch-experimentelle Grundlagen für Operationen an Lungen. (Inst. f. operat. Chir. u. top. Anat.; Dir. Prof. A. Melnikoff, Univ. Charkow.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 19, S. 667—707.) (Russisch.) **36**, 741.

Minkin, S., Experimentelle Begründung der Bronchostomia transpleuralis. (Inst. f. oper. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 286—294.) **33**, 810.

Minkin, S., Experimentelle Begründung der Bronchotomie. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 384—385.) (Russisch.) **35**, 319.

Montgomery, James G., and Harry Lutz, Hernia of the lung. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 220—231.) **84**, 363.

Morone, Giovanni, La frenicotomia in malattie varie del polmone e della pleura. (Clin. chir., univ., Pavia.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 3, S. 189—216; Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. **37**, H. 1, S. 19—61.) **33**, 47. **33**, 48.

Morson, W., Beiträge zur Frage über die postoperativen Pneumonien. (Krankenh., Bobruisk.) (Nowyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 500—505.) (Russisch.) **33**, 770.

Naegeli, Th., Luftembolie nach thorakalen Eingriffen. (Arterielle Luftembolie.) (Chir. Klin., Univ. Bonn.) (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. bis 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 22, S. 479—481.) **34**, 238.

Nissen, R., und P. Cokkalis, Experimentelle Untersuchungen über mechanische Atmungsstörungen und einige Folgezustände. (Chir. Klin., Univ. München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 50—90.) **34**, 237.

Rossi, Carlo, Trapianti di tessuto muscolare e adiposo nelle ferite polmonari. Ricerche sperim. (Istit. di patol. chir., univ., Cagliari.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 3, S. 245—272.) **32**, 718.

Roth, O., Wie haben wir uns die Wirkung der künstlichen Atmung vorzustellen? (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 21, S. 1122—1126.) **32**, 161.

Schlesinger, Hermann, Die Indikationen zur chirurgischen Behandlung von Lungenerkrankungen. (Sonderdruck aus: Fortbildungskurse d. Wien. med. Fak. H. 32, 12 S.) **34**, 697.

Schneider, E., Zur neuropathischen Entstehung des Lungenödems. (Zugleich ein Beitrag zur Frage des Lungenödems als Unfallfolge. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 11, S. 424—425.) **31**, 829.

Scott, W. J. M., Postoperative massive collapse of the lung. (Surg. clin. of Dr. Harvey Cushing, Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 1, S. 73—116.) **31**, 86.

Sindler, A., und L. Weidenbach, Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Lunge.) (Akad. Kinderklin., Düsseldorf.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 14, S. 503—505.) **32**, 510.

Smirnov, S., Zur Frage über die Unterbindung der Pulmonalarterie. (Inst. f. allg. Chir., Univ. Tomsk, Sibirien, Prof. Opokin.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 71—75.) (Russisch.) **34**, 650.

Smirnov, S., Experimente mit einfachen und kombinierten Unterbindungen der Lungengefäße. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 382 bis 383.) (Russisch.) **35**, 320.

Spassokukotzkij, S. I., Über die Rolle der Chirurgie in der Behandlung der Lungenerkrankungen. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Spasokukotzkij, Ssaratow.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 569—581.) (Russisch.) **34**, 901.

Ssitkowskij, P., Zur Kasuistik der Lungen-, Bronchial- und Trachealfisteln. (Chir. Klin., Mittelasiat. Univ. Taschkent.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 385—387.) (Russisch.) **35**, 320.

Unverricht, W., Technik und Methodik der Thorakoskopie. (Leipzig: F. C. W. Vogel 1925. 26 S. u. 1 Taf. RM. 4.—.) **31**, 236.

Yano, Kenji, Zur Anatomie des Nervus phrenicus und Nebenphrenicus. (Anat. Inst., Keio Univ., Tokyo.) (Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 3, S. 95—106.) **34**, 649.

Yates, J. L., The significance of vital capacity in intrathoracic therapy. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 477—505.) **31**, 920.

Lungenemphysem, Bronchiektasien.

Brauer, L., Pathologie und Therapie der Bronchiektasien. (37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 95—149.) **34**, 698.

Chauffard, Traitement des dilatations bronchiques. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 23, S. 369—371.) **33**, 45.

Chauffard, La phrénicotomie dans la dilatation des bronches. (Clinique Jg. **20**, Nr. 41, S. 107—108.) **33**, 657.

Chauffard, A., et A. Ravina, Un cas de dilatations bronchiques très amélioré par la phrénicotomie. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 6, S. 224 bis 229.) **33**, 657.

Davidson, M., The treatment of bronchiectasis. (Therapeut. gaz. **41**, S. 229.) **33**, 808.

Dünner und Mecklenburg, Die Behandlung des Lungenemphysems durch Phrenicusexhairese. (IV. med. u. III. chir. Klin., Krankenh. Moabit, Univ. Berlin.) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 1, S. 12—15.) **32**, 338.

Mahle, A. E., Thoracic operative clinic. (Case of bronchiectasis.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 590—600.) **31**, 291.

Navarro, Juan Carlos, Bronchiektasie infolge einer Echinokokkuscyste. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 15, S. 533—541.) (Spanisch.) *

Petermann, J., Zur Freundschen Operation bei Lungenemphysem. (St. Hedwigskrankenh., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 6, S. 221.) **31**, 293.

Lungenabsceß und -gangrän.

Achard, Ch., et J. Mouzon, Abcès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 26, S. 1094 bis 1096.) *

Auchincloss, Hugh, An instructive case of abscess of the lung associated with mediastinal tumor. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 419—430.) **31**, 293.

Băltăceanu, Gh., Die Behandlung der Lungengangrän. (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 9, S. 821—830.) (Rumänisch.) **35**, 105.

Bettman, Ralph Boerne, The surgical treatment of pulmonary suppuration. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 297—300.) **33**, 655.

Bykowa, Olga, Zur Ätiologie der Lungengangrän. (Pathol.-anat. Abt., staatl. Inst. f. Fortbildung d. Ärzte, Leningrad.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 3, S. 617—626.) **35**, 320.

Caussade, G., A. Tardieu et A. Blondel, Tuberculose pulmonaire et infection gangréneuse associées. (Ann. de méd. Bd. 17, Nr. 6, S. 586—600.) *

Chapman, B., Lung abscess. Report of a case. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 330—333.) *

Clerf, Louis H., and Robert M. Lukens, Bronchoscopy in the diagnosis and treatment of lung suppuration. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 1, S. 1—4.) **31**, 452.

Cohn, Isidore, Lung abscess. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 12, S. 539 bis 551.) **32**, 510.

Depolowič, P. P., Zur Diagnostik der Lungenabscesse während ihres Entwicklungsstadiums (Černigow). (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 14, S. 344—345.) (Russisch.) *

Dorendorf, H., Diagnose und Behandlung des Lungenabscesses. (Krankenh. Bethanien, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 5, S. 215—218.) **32**, 26.

Esser, A., Ein Fall primärer Aspergillusgangrän der menschlichen Lunge. (Pathol. Inst., Univ. Köln.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 4—14.) *

Fabrikant, M., Über mehrfache Abscesse der Lunge. („Prof. Schatilov", Studentenkrankenh., Charkov.) (Vračebnoedelo Jg. 8, Nr. 18, S. 1261—1263.) (Russisch.) **35**, 747.

Graham, Evarts A., Cautery pneumectomy for chronic suppuration of the lung. A report of twenty cases. (Dep. of surg., Washington univ. med. school a. Barnes hosp., St. Louis.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 392—418.) **31**, 87.

Graham, Evarts A., Roll of surgery in the treatment of pulmonary suppuration. (Dep. of surg., Washington univ. school of med. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 3, S. 181—184.) **32**, 719.

Graham, Henry F., The surgical treatment of abscess of the lung. (Med. journ. a. record. Bd. 121, Nr. 1, S. 20—21.) *

Greer, Alvis E., Lung abscess. Report of thirty-three cases. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 3, S. 345—354.) **31**, 827.

Grekov, I., Zur Chirurgie des Abscesse und Gangrän der Lungen. (Chir. Klin., Prof. Grekov, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 57—63. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 649.

Grigorjev, A., Zur Chirurgie der Abscesse, Gangrän und Bronchiektasie der Lungen. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 245—249.) (Russisch.) **37**, 106.

Jost, V., Die Phrenikotomie als einleitende Hilfs- und radikale Operation bei verschiedenen eitrigen Affektionen der Lunge. (Chir. Klin., Staatsuniv., Saratov; Dir. Prof. S. I. Spassokukozkij.) (Saratowskij wjestnik zdrawoochranenija Jg. 6, Nr. 7/9, S. 39—44 u. Nr. 10/12, S. 1—5.) (Russisch.) **37**, 265.

Kline, B. S., and S. S. Berger, Spirochetal pulmonary gangrene treated with arsphenamins. (Mount Sinai hosp., Cleveland.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 19, S. 1452—1459.) *

Krampf, Über Lungenkrebs unter dem Bilde von Lungenabscessen. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 128—132.) **34**, 704.

Lebsche, Max, Über Gitterlunge und ihren Verschluß. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **189**, H. 4/6, S. 279—282.) **31**, 542.

Lemon, Willis S., Clinic on abscess of lung. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 579 bis 589.) **31**, 86.

Lord, Frederick T., Certain aspects of pulmonary abscess, from an analysis of 227 cases. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 17, S. 785—788.) **32**, 339.

Miller, James Alexander, and Adrian V. S. Lambert, The treatment of abscess of the lung. (40. sess., Washington, 5.—7. V. 1925.) (Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **40**, S. 263—281.) **37**, 659.

Myerson, M. C., Lung abscess following tonsillectomy. A contribution to the etiology. (Dep. of laryngol., Kings county hosp., Brooklyn.) (Arch. of otolaryngol. Bd. **1**, Nr. **2**, S. 137—146.) **32**, 874.

Myerson, Mervin C., Lung abscesses cured by bronchoscopy. (Arch. of otolaryngol. Bd. **2**, Nr. 2, S. 136—140.) **33**, 808.

Myerson, Mervin C., The bronchoscopic treatment of lung abscess. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 573—578.) **34**, 701.

Operation, Über die — von Lungenabscessen. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 3, S. 91 bis 94.) (Polnisch.) *

Opokin, A., Die Pathologie, Klinik und Therapie der Lungenabscesse und des Lungenbrandes. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Opokin, Tomsk.) (Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 64—67. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 505.

Opokin, A., und S. Chodkewič, Die experimentellen Lungenabscesse. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 71—72. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 506.

Opokin, A. A., Pathologie, Klinik und operative Behandlung der Lungenabscesse und -gangrän. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk, Sibirien, Prof. Opokin.) (Nowyj chirurgičeski archiv Bd. **7**, H. 1, Nr. 25, S. 21—34.) (Russisch.) **33**, 46.

Petraševskaja, G., Zur tamponlosen Behandlung eitriger Erkrankungen der Brusthöhle und über Pleuritiden, welche Lungenabscesse simulieren. (Chir. Klin., Prof. Grekow, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 363—367.) (Russisch.) **35**, 295.

Petrašewskaja, G., Die Lungeneiterungen nach dem Material des Obuchow-Krankenhauses (Leningrad). (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 67—70. Leningrad 1925.) (Russisch.) **33**, 655.

Peutz, J. L. A., Lungenabsceß. (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 28, S. 657—671.) (Holländisch.) *

Prokin, A., Die Lungenabscesse nach dem Material der Hospitalklinik der 1. Moskauer Staatsuniversität. (Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 70—71. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 504.

Roubier, Ch., Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse et la vaccinothérapie associées. (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 12, S. 415 bis 418.) **31**, 675.

Schapiro, J. S., Lungengangrän nach Myomotomie. (Geburtsh.-Gynäkol. Klin., med. Inst., Vorstand Prof. Skrobansky, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i zenskich boleznej Bd. **36**, H. 2, S. 154—160.) (Russisch.) *

Tewksbury, W. D., Acute pulmonary abscess following tonsillectomy treated with artificial pneumothorax. (Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. 4, S. 347—349.) **34**, 700.

Tušinski, M., Lungengangrän und ihre Behandlung mit Neosalvarsan. (Med. Klin., med. Hochsch. u. Obuchow-Krankenh., Leningrad.) (Žurnal dlja usoveršenstrovanija vračej Jg. **3**, Nr. 2, S. 79—87.) (Russisch.) **33**, 809.

Wainstein, G., Zur Frage der Ätiologie und Salvarsantherapie der Lungengangrän. (Med. Hosp.-Klin., I. Univ. Moskau, Direktor: Prof. D. Buzmin.) (Moskovskij medicinskij žurnal Nr. 1, S. 22—28.) (Russisch.) **34**, 239.

Winner, P. S., A study of 22 cases of lung abscess. (Clin. dep., mun. tub. san., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 4, S. 267—274.) **32**, 339.

Yankauer, Sidney, Bronchoscopy in the treatment of lung abscess. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 525—530.) **32**, 590.

Lungentuberkulose, Pneumothorax (artifizieller).

Alexander, John, New thoracoplastic procedure for pulmonary tuberculosis to lessen incidence of post-operative pneumonia. (Dep. of surg., univ. of Michigan med. school, Ann Arbor.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 748—756.) **32**, 591.

Alexander, John, The surgery of pulmonary tuberculosis. (Philadelphia: Lea & Febiger 1925. 356 S. u. 12 Taf. $ 4.50.) *
Archibald, Edward, A contribution to the subject of extrapleural thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 328 bis 352.) 31, 297.
Archibald, Edward, Pulmonary tuberculosis. Its surgical treatment. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 9, S. 663—668.) 33, 430.
Baer, Gustav, Der Standpunkt des Internen zur chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 28, S. 430—455.) 34, 506.
Barbier, Maurice, La résection du nerf phrénique dans quelques affections pulmonaires. Exposé et technique. (Œuvre méd. Jg. 3, Nr. 10, S. 290—295.) *
Bérard, La thoracectomie chez les tuberculeux et l'opinion médicale française. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 22, S. 346—348.) 33, 658.
Blanchet, Sidney F., Treatment of pulmonary tuberculosis with the help of artificial pneumothorax. Consideration of end-results. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 2, S. 306—311.) 31, 168.
Brieger, E., Über die Einwirkung der Phrenicoexhairese auf die Mechanik des künstlichen Pneumothorax. (Städt. Krankenanst., Herrnprotsch-Breslau.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 61, H. 1, S. 87—89.) 32, 720.
Brodskij, I., Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr. in Moskau, 3.—8. Mai 1924, S. 87—96. Leningrad 1925.) (Russisch.) *
Brunner, Alfred, Anzeigen und Ergebnisse der operativen Behandlung der Lungentuberkulose. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 28, S. 390—429.) 34, 506.
Burnand, R., Guérison d'une perforation broncho-pleurale large dans un pneumothorax artificiel par thoracoplastie combinée avec l'oléothorax. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 20, S. 871—878.) 33, 656.
Carossini, Giovanni, Innesti pleurici di tessuto adiposo fissato. (Clin. chir. gen., univ., Firenze.) (Sperimentale Jg. 79, H. 6, S. 1101—1112.) 34, 774.
Caussade, G., A. Tardieu et A. Blondel, Tuberculose pulmonaire et infection gangréneuse associées. (Ann. de méd. Bd. 17, Nr. 6, S. 586—600.) *
Colmers, Die bisherigen Ergebnisse der Chirurgie des Phrenicus und des Sympathicus. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 52, S. 2143—2145.) 34, 297.
Curti, Eugenio, Risultati lontani della frenicotomia nella cura della tubercolosi polmonare. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 34, S. 1180—1181.) 33, 658.
Davies, H. Morriston, The technique of extrapleural thoracoplasty. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 58—74.) 32, 883.
Deist, Die Phrenicusoperation zur Behandlung der Lungentuberkulose. (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, Nr. 7, S. 245—250.) (Spanisch.) 34, 363.
Denk, W., Erfahrungen mit der operativen Behandlung der Lungentuberkulose. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 1, S. 19—23.) 31, 542.
Donadio, Nicola, Topografia e punti di repere della porzione cervicale del nervo frenico, con riferimento alla frenicotomia. (Istit. di anat. umana normale, univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 1/2, S. 121—128.) 31, 820.
Dünner, L., und M. Mecklenburg, Die Phrenicusexhairese als selbständiger Eingriff bei einseitiger Lungentuberkulose. (IV. med. Univ.-Klin., Berlin.) (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 5, S. 285—286.) 34, 239.
Felix, Willy, Die Phrenicusausschaltung bei Lungenerkrankungen. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 690—720.) 33, 432.
Fraser, John, Thoracoplasty. (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 3, S. 89—98.) 32, 27.
Freund, A., Kasuistischer Beitrag zur Frage der Luftembolie beim künstlichen Pneumothorax. (Städt. Krankenh. Hasenheide, Neukölln-Berlin.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 60, H. 4, S. 295—299.) 31, 542.
Gergely, Jenö, und Samu Markovits, Die klinischen Lehren aus 100 Phrenicusoperationen. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 41, S. 922—924.) (Ungarisch.) 33, 811.
Gleeten, Scott D., Extrapleural thoracoplasty. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 8, S. 1011—1013.) 33, 48.
Goetze, Otto, Die effektive Blockade des Nervus phrenicus. (Radikale Phrenicotomie.) (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 595 bis 646.) 31, 819.
Goetze, Otto, Die effektive Blockade des Nervus phrenicus. (Radikale Phrenicotomie.) (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 27, S. 1110—1113.) 32, 511.

Guilleminet, M., et Jean Madinier, Réflexions sur le traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire. (Clin., prof. Bérard, univ., Lyon, et sanat., Hauteville.) (Rev. de la tubercul. Bd. 6, Nr. 3, S. 318—354.) **32**, 830.
Hellin, Dionys, Zur Geschichte der Phrenicotomie. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 44, S. 1888.) **34**, 704.
Herepey-Csákányi, Gyözö, Operationsprinzipien und Indikationen zur aktiven Behandlung der Lungentuberkulose. (Orvosképzés Jg. 15, H. 2, S. 107—114. (Ungarisch.) **33**, 336.
Hudson, Bernard, and G. Turini, A review of present-day surgical treatment of pulmonary tuberculosis. (Victoria sanat., Davos-Platz.) (Brit. journ. of tubercul. Bd. 19, Nr. 3, S. 127—143.) **32**, 592.
Jacobaeus, H.-C., La cautérisation des adhérences dans le traitement de pneumothorax artificiel de la tuberculose pulmonaire. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 33, S. 145 bis 151.) **34**, 86.
Jacobovici, Betrachtungen über einen Fall von Lungentuberkulose, behandelt mit Phrenicotomie und Resektion der ersten Rippe. (Rev. stiinţelor med. Jg. 14, Nr. 5, S. 452—454.) (Rumänisch.) **34**, 240.
Jacobovici, Zwei Fälle paravertebraler extrapleuraler Thorakoplastik zur Behandlung der Lungentuberkulose. (Clin. chir., univ. Cluj.) (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 12, S. 1025—1038.) (Rumänisch.) *
Jakovljevic, V., Exhairese des Nervus phrenicus bei Lungentuberkulose. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 10, S. 517—521.) (Serbo-kroatisch.) **34**, 363.
Kentzler, Gyula, Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 22, S. 476—477 u. Nr. 23, S. 502—508.) (Ungarisch.) *
Klieneberger, Carl, Über den Zusammenhang einer vorwiegend linksseitigen Lungentuberkulose mit einer vor 6 Jahren im Kriege erlittenen Schußverletzung der linken Brustwand. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 47, S. 1951 bis 1952.) *
Kremer, Ergänzungsoperationen zum künstlichen Pneumothorax. (Strangdurchbrennung nach Jakobaeus; Phrenicusexhairese.) (Städt. Tuberkul.-Krankenh. Waldhaus Charlottenburg, Sommerfeld, Osthavelland.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 61, H. 6, S. 707—718.) **34**, 85.
Kuma, Shidzuo, Experimentelle Untersuchungen über die Respiration und die Zirkulation der Pneumothoraxlunge. (Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka Bd. 10, S. 117—143.) **33**, 46.
Kutamanoff, P., Zur Frage der chirurgischen Anatomie des Nervus phrenicus am Halse. (In Beziehung zur Phrenicotomie.) (Inst. d. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Univ. Charkow.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 1/2, S. 29 bis 43.) **34**, 75.
Kutomanov, P., Zur chirurgischen Anatomie des N. phrenicus am Halse im Zusammenhang mit der Phrenicotomie. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Hochsch., Charkov, Chef Prof. Melnikov.) (Vračebnoe delo Jg. 7, Nr. 24/26, S. 1344—1351.) (Russisch.) **33**, 656.
Kutomanov, P., Zur chirurgischen Anatomie des N. phrenicus im Zusammenhang mit der Operation der Phrenicotomie. (Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 96—98. Leningrad 1925.) (Russisch.) **34**, 507.
Laméris, H. J., Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. (Geneesk. gids Jg. 3, H. 29, S. 684—687.) (Holländisch.) *
Lilienthal, Howard, Extrapleural thoracoplasty for pulmonary tuberculosis. (Americ. review of tubercul. Bd. 11, Nr. 6, S. 479—485.) **34**, 364.
Lilienthal, Howard, A guillotine for dividing the first rib in paravertebral thoracoplasty. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 838—839.) **35**, 308.
Lilienthal, Howard, Thoracic surgery. (London: W. B. Saunders Comp. 1925. sh. 14.—.) *
Lilienthal, Howard, Lilienthals thoracic surgery. (London: W. B. Saunders Comp. 1925. 1275 S. sh. 90.—.) *
Lisa, James R., Duodenal ulcer as a complication of pulmonary tuberculosis. (Bender hyg. laborat., Albany.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 664—667.) **34**, 375.
Lobmayer, Géza, Über Phrenicusexhairese. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 29, S. 701 bis 705.) (Ungarisch.) **33**, 337.
Loffreda, Riccardo, La frenicotomia omolaterale nella cura della tubercolosi pleuropolmonare. (Folia med. Jg. 11, Nr. 10, S. 378—388.) **33**, 657.
Losio, Livio, Note tecniche sulla frenicotomia e sulla toracoplastica nella tubercolosi polmonare. (Osp. civ., Piacenza.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 3, S. 83 bis 85.) **32**, 27.

Maendl, H., Zehn Fälle von Lungen- und Knochentuberkulose, nach der Methode von I. B. Andreatti behandelt. (Heilanst. Grimmenstein.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 36, S. 989—991.) **34**, 8.

Mariette, Ernest S., Localized rest in the treatment of pulmonary tuberculosis with special reference to extrapleural thoracoplasty. (Dep. of med., univ. of Minnesota, Minneapolis.) (Americ. review of tubercul. Bd. **11**, Nr. 1 S. 27—39.) **32**, 721.

Meyer, Willy, Surgical treatment of pulmonary tuberculosis. (Surg. clin. of North-America Bd. **5**, Nr. 2, S. 433—438.) *

Morone, Giovanni, Su alcune particolarità anatomiche osservate nell'exeresi del nervo frenico. (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 2, S. 193—207.) **32**, 510.

Morone, Giovanni, La frenicotomia in malattie varie del polmone e della pleura. (Clin. chir., univ., Pavia.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 3, S. 189—216; Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. **37**, H. 1. S. 19—61.) **33**, 47. **33**, 48.

Morone, Giovanni, Toracoplastica e toracotomia secondaria per tubercolosi polmonare complicata con empiema pleurico putrido. (Clin. chir., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. **37**, H. 1, S. 87—92.) *

Nather, Karl, Spontaner Spannungspneumothorax durch Ventildrainage geheilt. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 155 bis 163.) **32**, 589.

Perera, A., Phrenicotomie und Thorakoplastik bei der Lungentuberkulose. (Med. ibera Bd. **19**, Nr. 406, S. 146—149.) (Spanisch.) **34**, 435.

Perret, Ch.-A., Ch. A. Piguet et Albert Giraud, L'excérèse du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 29, S. 466 bis 470.) **32**, 510.

Peters, Ernst, Zwanzig Jahre Lungenkollapstherapie. (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **61**, H. 4, S. 321—329.) *

Plenk, Andreas, und Ralph C. Matson, Zur Phrenicotomiefrage. (Städt. Krankenh., Wien.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **62**, H. 3/4, S. 350—355.) **34**, 703.

Ricci, F., e A. Milani, Esiti prossimi di frenicotomie. (Istit. Carlo Forlanini e istit. di patol. spec. med., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 4, S. 393 bis 411.) **33**, 242.

Ricci, Francesco, Frenicoexeresi e versamento pleurico controlaterale. (Istit. Carlo Forlanini, Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 6, S. 873—878.) **35**, 296.

Rieppi, Luigi, Contributo alla cura chirurgica della tubercolosi polmonare con speciale riguardo alla toracoplastica extrapleurale. (Osp. civ., Udine.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 49, S. 1163—1164.) **35**, 158.

Romanis, W. H. C., Surgery in the treatment of pulmonary tuberculosis. (City hosp. f. dis. of the chest, London.) (Brit. journ. of tubercul. Bd. **19**, Nr. 2, S. 74 bis 79.) **33**, 430.

Ruhemann, Ernst, Der akzessorische oder Nebenphrenicus beim Tier und seine praktische Bedeutung. (Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **62**, H. 5, S. 511—516.)

Sachs, Kasuistische Mitteilung zur Phrenicotomiefrage bei Lungentuberkulose. (Bremische Heilstätte „Niedersachsen", Mölln, Lauenburg.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **61**, H. 2, S. 241—242.) **32**, 141.

Schürch, Albert, Beitrag zur Kasuistik der Phrenicusexhairese. (Thurgau-Schaffhaus. Heilst., Davos-Platz.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **61**, H. 5, S. 552 bis 566.) **33**, 432.

Singer, J. J., Pneumothorax. (Dep. of internal med. a. surg., Washington univ. med. school, St. Louis.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 312—327.) **31**, 87.

Thearle, William H., A report of results with extrapleural thoracoplasty for pulmonary tuberculosis. (Americ. review of tubercul. Bd. **11**, Nr. 1, S. 19—26.) **32**, 720.

Thearle, William H., Extrapleural thoracoplasty in pulmonary tuberculosis. Report of sixty cases. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 7, S. 399—402.) **34**, 364.

Thoracoplastie, La — extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 34, S. 555—556.) *

Valtis, J., La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (Ann. de méd. Bd. **17**, Nr. 3, S. 271—281.) **31**, 829.

Viscontini, Carlo, La frenicotomia nella cura della tubercolosi polmonare. (Osp. magg., Novara.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 5, S. 100—103.) **34**, 239.

Whittemore, Wyman, Thoracoplasty in advanced pulmonary tuberculosis. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 12, S. 542—545.) *

Yano, Kenji, Zur Anatomie des Nervus phrenicus und Nebenphrenicus. (Anat. Inst., Keio Univ., Tokyo.) (Folia anat. japon. Bd. **3**, H. 3, S. 95—106.) **34**, 649.

Zadek, I., und A. Sonnenfeld, Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. (Städt. Krankenh. Neukölln, Berlin.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. **61**, H. 5, S. 489—503.) **88**, 429.

Zamboni, Giovanni, La collassoterapia nella tubercolosi polmonare e nelle bronchiectasie. Studio critico sperimentale. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Modena.) (Urbania: Scient. tip. „Bramante" 1925. 48 S. u. 1 Taf. Dissertation.) **84**, 649.

Lungengeschwülste, Lungenechinokokkus, Lungenaktinomykose.

Antonucci, Cesare, Echinococco del polmone. (Rom: Luigi Pozzi 1925. 304 S. L. 20.) *

Bacaloglu, C., et I. Tanasesco, Le pneumothorax et le pneumokyste hydatiques. (Clin. méd. et chir., fac. de méd., Jassy.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 92, S. 1522 bis 1524.) *

Beck, Emil G., Case report of sarcoma metastasis in the lung seventeen years after primary growth. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Pt. 2, S. 469—476.) *

Bird, Fred D., Hydatids of the lung. (Melbourne hosp., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. **2**, Nr. 17, S. 505—508.) **85**, 750.

Bryan, Lloyd, Secondary hypertrophic osteoarthropathy following metastatic sarcoma of the lung. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 4, S. 449—452.) *

Caussade, G., J. Surmont et Jean Lacapère, Un cas d'enchondrome de la bronche droite. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 29, S. 1299 bis 1307.) *

Chonukov, G. N., 2 Fälle trans- und extrapleuraler Echinokokkotomie. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 12/14, S. 1026—1028.) (Russisch.) **85**, 747.

Craver, Lloyd F., The simulation of acute respiratory diseases by secondary lung tumors. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 6, S. 792—799.) **83**, 654.

Dévé, F., Le pneumothorax hydatique. (Clin. méd., école de méd., Rouen.) (Rev. chir. Jg. **44**, Nr. 2, S. 81—125.) **81**, 543.

Dévé, F., Le pneumo-kyste hydatique du poumon. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 4, S. 245 bis 295.) **84**, 365.

Eloesser, Leo, Primary tumors of the lung. (Div. of surg., Leland Stanford jr. univ. school of med., San Francisco.) (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac. surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 2, S. 445—468.) **81**, 88.

Ganžulevič, T., Lungenechinokokkus. (Chir. Klin., Univ. Rostov a. D., Direktor Prof. N. Napalkov.) (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23. bis 26. IX. 1925 in Rostov a. D., S. 84—89.) (Russisch.) **86**, 264.

Goyanes, J., Lungenchirurgische Kasuistik. (Progr. de la clin. Bd. **31**, Nr. 159, S. 289 bis 297.) (Spanisch.) **82**, 28.

Grueter, H. A., Das Lungencarcinom mit besonderer Berücksichtigung des chirurgischen Standpunktes. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 22, S. 896—898.) **82**, 511.

Jong, Adr. de, Ein Fall von Lungenechinokokkus. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 13, S. 1438—1442.) (Holländisch.) **84**, 240.

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) **83**, 195.

Kottmaier, Jean, Zur Therapie gutartiger raumbeengender Tumoren im Thorax und ihre Beeinträchtigung des Kreislaufes. (Strahlentherapeut. Anst., Dr. Jean u. Dr. Elsa Kottmaier, Mainz.) (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. **17**, Nr. 21, S. 339—346.) *

Krampf, Über Lungenkrebse unter dem Bilde von Lungenabscessen. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 128—132.) **84**, 704.

Ledecq, P. B., Cancer pleuro-pulmonaire à métastase myocardique. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 30, S. 809—811.) *

Leon, Walfrido de, and Lamberto Leiva, Echinococcus cyst of the human lung. (Laborat. of pathol. a. parasitol., coll. of med., univ. of the Philippines, Los Baños, Laguna.) (Philippine journ. of science Bd. **27**, Nr. 3, S. 351—369.) *

Le Wald, Léon Theodore, New growths of the lung, primary and secondary. Their classifications, characteristics and differential diagnosis. (Radiology Bd. **4**, Nr. 3, S. 212—220.) **84**, 240.

Lord, Frederick T., Discussion of the diagnosis in a case of primary pulmonary actinomycosis. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 5, S. 1485—1494.) *

Meyer, Willy, Chronic pneumonia of tumor of the lung. An interesting observation of infiltration of the right upper lobe. (7. ann. meet., Americ. assoc. for thorac.

surg., Rochester, 5.—7. VI. 1924.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Pt. 2, S. 431 bis 444.) *
Muniagurria, Camilo, Lungenechinokokken. (Rev. méd. del Rosario Jg. 15, Nr. 1, S. 1—14.) (Spanisch.) 33, 433.
Navarro, Juan Carlos, Bronchiektasie infolge einer Echinokokkuscyste. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 15, S. 533—541.) (Spanisch.) *
Nobili, Umberto, Cisti da echinococco primitiva del polmone sinistro. (Osp. civ., Sant' Agostino di Castiglione del Lago, Perugia.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 8, S. 390—400.) 33, 242.
Prat, Domingo, Lungenechinokokkus. (Clin. d. prof. A. Lamas, Montevideo.) (Anales de la fac. de méd. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 2, S. 161—171.) (Spanisch.) 33, 811.
Rossels, A., Fünf Fälle von primärem Carcinom der Lungen und Bronchien. (Botkin-Krankenh., Moskau, Chefarzt W. Wassiliev.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 13, S. 767—775.) (Russisch.) *
Smith, Sydney, Congenital cystic disease of the lungs. (Brit. med. journ. Nr. 3361, S. 1005.) *
Spassokukotzkij, S. I., Lungenechinokokkus. (Vračebnoje delo Jg. 8, Nr. 12/14, S. 956—962.) (Russisch.) 35, 821.
Staehelin, R., Über die Zunahme des primären Lungenkrebses. Mit Bemerkungen über die Diagnose. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 39, S. 1853—1858.) 33, 434.
Stincer, Elpidio, Actinomicosis pulmonar. (Eco cientifico Bd. 4, Nr. 2, S. 54.) 31, 544.
Strunz, Helene, Klinische Verlaufsformen des Bronchialcarcinoms. (Städt. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 37, S. 1008—1010.) 33, 434.
Sultan, G., Bronchuscyste. (Städt. Krankenh., Berlin-Neukölln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, H. 16, S. 869—873.) 31, 919.
Teljatnikoff, S. I., Zur Lehre vom Lungenkrebs. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 7, S. 807—819.) (Russisch.) 35, 106.
Torday, Árpád, Fall von Lungenkrebs. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 26, S. 620—621. (Ungarisch.) *
Tusini, Giuseppe, Sopra una particolare modalità di plastica toracica per chiusura di grossa cavità pleuro-polmonare con molteplici aperture bronchiali, residua ad estrazione di duplice, voluminosa ciste da echinococco del polmone sinistro. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 18, S. 58—64.) 32, 830.
White, James C., Right-sided diaphragmatic hernia. Report of a case occurring with an intrathoracic neoplasm compressing the right phrenic nerve. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 3, S. 203—213.) 33, 111.

Herzbeutel, Herz, Aorta.

Übersichtsreferat.

Von

R. Haecker, Augsburg.

I. Herzbeutel.

A. Mißbildung, pathologische Neubildung, Fremdkörper.

Über angeborene Defekte des Perikards berichtet Moore, der einen solchen zufällig bei einer Obduktion feststellen konnte. Er weist darauf hin, daß in der Literatur 64 Fälle dieser Art beschrieben seien, die jedoch alle nur zufällig bei der Leichenöffnung entdeckt wurden. Dies ist darauf zurückzuführen, daß ein angeborener Perikarddefekt keine klinischen Symptome macht.

Nossen beschreibt einen Fall, bei dem eine Cyste im Perikard die Lungenarterie zugeklemmt und das Bild ihres embolischen Verschlusses hervorgerufen hatte. Mikroskopisch erwies sich die Cyste als tracheobronchialen Ursprungs.

Kotschetoff entfernte eine Pistolenkugel aus dem Perikard. Bemerkenswert ist an dem Falle, daß die Kugel in ein Infiltrat, welches das Parietalblatt des Herzbeutels einnahm, eingebettet war, ohne daß in der Herzbeutelhöhle ein Exsudat bestand. Nach der Entfernung der Kugel glatte Heilung.

B. Perikarditis.

1. Diagnose.

Als wichtiges Symptom für ein perikarditisches Exsudat geben Kamenezkij und Rabinowič außer der Herzbeutelfigur die Verschiebbarkeit der Herzdämpfung nach rechts und links, sowie Änderung der Dämpfungsform, je nach der oder jener Lage, die der Kranke einnimmt, an. Die Verschiebung nach der Seite betrug in 5 beobachteten Fällen 4—6 cm.

2. Therapie.

Das therapeutische Handeln richtet sich nach der Art der Perikarditis. Bei der exsudativen Perikarditis kommt die Herzbeutelpunktion in Frage, die nach Curchmann im 5. oder 6. I.C.R. innerhalb oder außerhalb der Mamillarlinie auszuführen ist. Külbs punktiert in der Scapularlinie durch Pleura und Lunge hindurch, da dann der Erguß weiter spontan in die Pleura absickern soll. Bei der eitrigen Perikarditis wird die Perikardiotomie und Drainage (nach Rehn) empfohlen. Steinitz setzt sich mehr für die konservative Behandlung der eitrigen Perikarditis ein und empfiehlt Punktionen mit folgender 2proz. Rivanolspülung. Er verwendet 4—500 ccm Spülmenge und beläßt zum Schlusse 100 ccm in der Herzbeutelhöhle. Eine besondere Beachtung verdient die Behandlung der tuberkulösen exsudativen Perikarditis. Lian, camille und Corneau beschreiben 2 Methoden, die Paracentese mit anschließender Lufteinfüllung und die Perikardiotomie ohne Drainage und Naht, empfehlen jedoch mehr die erstere Methode. Auch Oppenheimer und Russell halten ein therapeutisches Pneumoperikard bei schwerer tuberkulöser Perikarditis für empfehlenswert. Zuccola berichtet über 3 Fälle von tuberkulöser Perikarditis, die er mit Gasersatz des abpunktierten Exsudates nach dem von Wenkebach zuerst gemachten Vorschlag behandelte. Dieser Ersatz ist das einzige Mittel, die Verklebung der entzündlich veränderten Perikardblätter zu hemmen. Erforderlich sind 250—300 ccm. Diese Behandlung wird fortgesetzt bis zum Abklingen sämtlicher Erscheinungen. Zuccola verwendete als Gas Sauerstoff, den er mittels des Pneumothoraxapparates applizierte. Das Pneumoperikard bildet augenscheinlich keine große Gefahr für das gesunde Herz.

C. Perikardiale Verwachsungen.

Als Therapie der Herzbeutelverwachsungen kommt die Kardiolyse und Perikardiektomie in Betracht. Die Kardiolyse beschränkt sich mehr auf die äußeren und inneren nicht mit Schrumpfung des Perikards einhergehenden Perikardsynechien, während die Resektion des Herzbeutels in der Hauptsache bei den retrahierenden Perikarditiden angewandt wird.

Delorme setzt sich für eine möglichst frühzeitige Ausführung der Kardiolyse ein und stellt als Indikationen auf: 1. Als Erweiterungsoperation der Perikardiotomie bei Perikarditis mit Verwachsungen, 2. bei trockener, rheumatischer Perikarditis, 3. bei tuberkulöser Perikarditis und 4. bei Synechien mit und ohne Dilatation und Insuffizienz der Herzklappen. Schaefer beschreibt 5 Fälle, wo er bei Herzbeutelverwachsungen im Kindesalter die Brauersche Kardiolyse mit 3 guten Erfolgen ausführte. Ebenso haben Boume und Geoffrey in 2 Fällen bei Perikardverwachsungen rheumatischen Ursprungs die Kardiolysis ausgeführt und berichten, daß die beiden Patienten durch die Operation hergestellt wurden.

Schmieden empfiehlt, bei der Exstirpation des Herzbeutels beim Ablösen am linken Ventrikel zu beginnen, da hier die Muskulatur am stärksten ist. Schwieriger ist der Beginn der Perikardablösung an den Vorhöfen. Auf die Nervi phrenici muß geachtet, einer kann geopfert werden. Mehrere Fälle sind beschrieben, so von Schmieden, Grote, Guleke und Lommel, bei denen nach den von Rehn und Schmieden gegebenen Richtlinien die Perikardiektomie mit dem besten Erfolge ausgeführt wurde.

D. Anatomie und experimentelle Tierversuche.

Die Frage der Beziehungen des Phrenicus zu Perikard und Pleura pericardiaca, die natürlich für operative Eingriffe am Perikard von Wichtigkeit ist, ist immer noch umstritten. Felix und L. R. Müller verneinen das Vorhandensein von Rami pericardiaci, während Ruhemann an Leichen präparatorisch und mikroskopisch vom Phrenicus abgehende, zum Perikard ziehende, kleine Nervenäste festgestellt hat.

Felix hat an Hand von Tierversuchen nachgewiesen, daß das Perikard keine Bedeutung für die Regelung des Herzschlages hat. Andererseits sind ihm aber Hundeversuche gelungen, bei denen er künstlich gesetzte Herzfehler durch plastische Perikardoperationen günstig beeinflussen konnte. Er hat nachweisen können, daß eine Herzbeutelverengerung sichtlich die Herzbewegung vermindert, nach seiner Ansicht allerdings nur durch mechanische Kompression des Herzens, während Herzbeuteleröffnung bzw. -erweiterung nur bei Mitral- und Tricuspidalinsuffizienzen die Herztätigkeit steigert. Diese Versuche sind aber nicht genügend erprobt, um auch beim Menschen therapeutisch angewandt werden zu können.

Was den plastischen Ersatz des Herzbeutels anbelangt, so hat Shigeru Kaninchenversuche angestellt, bei denen er Defekte des parietalen Blattes durch Autoplastik deckte. Er hält das Fettgewebe des großen Netzes dafür am geeignetsten.

II. Herz.

A. Experimentelles.

Frey ist auf Grund von Versuchen über die Art des Herzschlages und der Herznervenwirkung der Ansicht, daß die myogene Theorie vor allen anderen Theorien den Vorzug verdient. Die Nerven regulieren beim Skelettmuskel die motorische Tätigkeit vom Nullpunkt bis zur Maximalleistung, beim Herzen von der Eigenleistung bis zur größtmöglichsten Leistung.

Hesse hat die histologischen Veränderungen des menschlichen Herzens nach Herzverletzungen experimentell beobachtet. Auf Grund der Untersuchungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß sich die Herzwunden durch Narbengewebe ersetzen. Das Letztere entwickelt sich langsam und nimmt seinen Ursprung vom Epikard und intramuskulären Bindegewebe. Die Regeneration des Muskelgewebes scheint bei Herzverletzungen nicht vorzukommen. Die dabei auftretenden Myocyten werden am meisten an den Stellen angetroffen, wo die Muskelfibrillen zerfallen oder sich in fibröses Gewebe verwandeln.

Sehr bemerkenswert ist auch eine Arbeit Sauerbruchs, in der er über postoperative Reflexstörungen des Herzens auf mechanischer Grundlage berichtet, die bei der intrathorakalen Chirurgie eine Rolle spielen. Er beschreibt 3 Fälle, bei denen im Anschluß an operative Eingriffe im Bereich der Brusthöhle auffallende Störungen der Herztätigkeit auftraten, die er als reflektorische Vorgänge, ausgelöst durch mechanische Einflüsse auf das rechte Herz und seine versorgenden Nerven, deutet.

B. Verletzungen.

Bei der weitaus größten Zahl der Herzverletzungen, über welche berichtet wird, handelt es sich um Stichwunden. Costantini hat an Hand von 287 Fällen von Herzverletzungen eine Statistik aufgestellt und teilt die Art der Verletzungen ein in 1. durch schneidende Waffen, 2. durch Gewehr- oder Pistolenkugeln, 3. durch eine Nadel und 4. durch Granatsplitter. Er betont in seiner Arbeit außerdem, daß die interventrikuläre Furche, das interaurikuläre Septum, das rechte Herzohr, der Ursprung der Coronararterien und das Hissche Bündel besonders gefährdete Zonen am Herzen sind, die chirurgisch besonders beachtet werden müssen. 3 ungewöhnliche Schußverletzungen des Herzens werden von Vance mitgeteilt. Verf. ist der Ansicht, daß ein großer Prozent-

satz der Schußverletzungen des Herzens Neigung zu Spontanheilung zeigt, die bei ca. 10% der Fälle auch wirklich erfolgt. Über die Versorgung einer Herzschußwunde in örtlicher Betäubung mit völliger Wiederherstellung des Patienten berichten Meyer und Brems. Schönbauer berichtet über einen sehr interessanten Fall, bei dem die Symptome der Herzverletzung vorhanden waren, die Operation jedoch ergab, daß es sich um eine Stichverletzung des Konus der Arteria pulmonalis handelte, während das Herz selbst nicht verletzt war. Der Exitus erfolgte an Embolie.

1. Symptome und Diagnose.

Die Symptome der Herzverletzungen sind nach Čerepnin Blutung, abnorme Herzgeräusche, Herztamponade, Topographie der äußeren Wunde, tödliche Angst, Hämatopneumothorax, Pulsdifferenz in den beiden Arteriae radiales und Arrythmie. C. weist jedoch darauf hin, daß diese Symptome nicht immer alle vorhanden sind. Zur Diagnostik wird von Costantini besonders die Röntgendurchleuchtung empfohlen.

2. Operation.

Freilegung des Herzens.

Rhodes betont die Notwendigkeit möglichst breiter Freilegung. Außerdem empfiehlt er auch die direkte Infusion in den Ventrikel — ev. auch Reinfusion des entleerten Blutes oder Transfusion. Nach dem Bericht Hagen-Torns hat sich als Methode zur Freilegung des Herzens ein rechtsseitiger Lappenschnitt mit temporärer Resektion eines Teiles des Sternums und der Knorpel der 4. und 5. Rippen bewährt. Čerepnin empfiehlt die Lappenschnittmethode nach Rotter und temporäre Aufklappung eines Haut-Knochenlappens. Von Merello wird die transversale extrapleurale mediane Thorakolaparotomie nach der von Duval und Barnsby angegebenen Technik empfohlen.

Naht.

Nemiloff weist darauf hin, daß das Durchschneiden der Herznähte eine schwere Komplikation bildet. Er warnt vor zu kräftigem Anziehen der Nähte und schlägt ein breiteres Fassen der Wundränder, Anlegen einer fortlaufenden Naht und verschiedene plastische Methoden zur Verstärkung der Nähte vor. Als Nahtmaterial wird von den einzelnen Autoren teils Catgut, teils Seide empfohlen. So berichtet Ferd über die Naht einer Messerstichverletzung am rechten Ventrikel mit Catgut und Lavochin über die Herznaht eines ganz ähnlich gelagerten Falles mit Seide. In beiden Fällen glatte Wundheilung. Davenport beschreibt eine Herznaht mit Ligatur des zwischen den beiden Ventrikeln verlaufenden Astes der Arteria und Vena coronaria sinistra. Bei dem Falle handelte es sich um eine Herzstichverletzung durch einen Nagel, die Wunde befand sich am rechten Ventrikel 3 mm vom Sulcus longitudinalis. Es wurden Knopfnähte, von denen einige die Arteria und Vena coronaria sinistra mitfaßten, gelegt. Heilung.

Prognose.

Die Prognose bei operativer Behandlung bei Herzverletzungen ist im allgemeinen als günstig zu bezeichnen. Dshanelidze hat an Hand von 535 operativ behandelten Herzwunden feststellen können, daß 96,5% der Herzwunden nach operativer Behandlung gute Resultate ergaben. Auch Hesse erwähnt, daß die Dauerresultate der Herznaht vorzüglich sind und stützt seine Ausführungen auf 119 Fälle von Nachuntersuchungen. Außerdem werden auch noch von verschiedenen Autoren, so von Cecchini, Puccinelli, Ssavizky, Maguire, Simeoni, Drummond und anderen, Fälle von Herznaht mit gutem Dauererfolg mitgeteilt.

4. Transperikardiale Verletzungen.

Über 4 transperikardiale, d. h. ohne Perforation des Perikards erfolgte Herzverletzungen durch Schußwirkung berichtet Markowin. Im ersten Fall handelte es sich um eine Streifschußverletzung des Perikards mit einer nicht penetrierenden Herzwunde am linken Ventrikel. Im 2. Fall fand sich nach einer Streifschußverletzung an der inneren Oberfläche des Herzbeutels ein etwa markstückgroßes Hämatom ohne Riß im Perikard und ohne Herzverletzung. Im 3. Fall bestand bei einem Brustdurchschuß bei intaktem Herzbeutel eine ins Lumen der beiden Ventrikel eindringende Herzwunde. Im 4. Fall war bei einem Brustdurchschuß der Herzbeutel intakt, aber am linken Ventrikel fanden sich 2 Hämatome.

5. Fremdkörper.

Die klinische Diagnose eines Fremdkörpers in der Herzhöhle kann nur röntgenologisch gestellt werden. Koročanskij betont auf Grund eines eigenen Falles, bei dem er röntgenologisch eine Revolverkugel in der linken Herzkammer feststellte, und auf Grund von 42 aus der Gesamtliteratur gesammelten Fällen, daß, wenn das Herz die schwerbedrohenden unmittelbaren Gefahren einer Verletzung glücklich überstanden hat, es auffallend ist, wie leicht es die Anwesenheit eines Fremdkörpers in seiner Höhle verträgt. Daher kann ein Versuch einer operativen Entfernung nur im Falle einer Herzinsuffizienz gerechtfertigt werden. Sussini beschreibt einen Fall von Entfernung einer Revolverkugel aus dem rechten Herzen, Ewojan einen solchen von Entfernung eines 2cm langen Eisensplitters aus dem linken Herzohr. In beiden Fällen glatte Heilung.

C. Operative Eingriffe bei anderweitigen Herzkrankheiten.

Lissizpe vertritt die Ansicht, daß die Erkrankungen des Herzens überwiegend von rein anatomischer Art sind und deshalb ihre Behandlung, um radikal zu werden, in der Mehrzahl der Fälle eine chirurgische sein müsse. Lissizpe beschreibt gleichzeitig eine an der Leiche geübte neue Operation, nämlich die Vereinigung eines peripheren Segments der Arteria coronaria mit der Arteria mammaria interna.

Haim berichtet über 2 Fälle, wobei er bei Herzinsuffizienz durch Kardiolyse gute Erfolge erzielte.

Eine chirurgische Behandlung der Herzfehler, vornehmlich der Stenosen der Herzklappen, in erster Linie der Mitralstenose, wird von vielen Autoren empfohlen und über einschlägige Tierversuche und selbst an Menschen ausgeführte Operationen berichtet. Wagner unterscheidet 3 Operationsmethoden: 1. Valvulotomia interna, 3. Valvulotomia externa und 3. Umleitungsverfahren. Jarotzkij schlägt vor, bei der Mitralstenose künstlich in der Scheidewand zwischen beiden Vorhöfen ein Foramen herzustellen, was einen günstigen Einfluß auf den Verlauf einer Mitralstenose haben soll. Er gibt ein sondenartiges Instrument an, welches, durch die Vena cava superior am Hals eingeführt, in den Vorhof vorgeschoben werden kann und von da aus mit einer lateral angebrachten versteckten Klinge (wie ein Urethrotom) die Scheidewand durchschneiden soll. Die praktische Verwirklichung dieses Gedankens steht noch aus. Souttar berichtet über einen Fall von Mitralstenose, bei dem er nach Eröffnung des linken Herzohres mit dem linken Zeigefinger bis zur Mitralklappe einging und, da nur eine mäßige Stenose bestand, eine digitale Dehnung des Mitralostiums ausführte. Komplikationslose Heilung. Allen und Duff haben ein Instrument, das sog. Kardioskop, angegeben, das operative Maßnahmen innerhalb der Herzhöhlen unter Leitung des Auges bezweckt. Allen hat damit eine Operation am Menschen ausgeführt. Während der Narkose trat Atem- und Herzstillstand ein. Cutler und Elliot haben nach Tierversuchen folgende Operationsmethode ausgebildet: Eingehen durch die Vorderwand des linken Ventrikels, Einführen des Cardiovalvulotoms zur Mitralklappe und Excision eines Teiles aus dem medialen Klappenzipfel. 4 Fälle wurden nach dieser Methode operiert, einer mit Erfolg, 3 starben.

Allen verwirft diese „blinde" Cutlersche Methode der Valvulotomie. Goodall, Strikland und Rogers empfehlen beim operativen Vorgehen bei Mitralstenose den Weg durch den linken Vorhof.

Bemerkenswert ist auch die nur einmal von v. Hoesslin und Klapp bei Herzblock ausgeführte Durchtrennung des Vagus, außerdem die von Eppinger und Hofer auf Anregung von Wenkebach empfohlene Durchtrennung des vom Vagus abstammenden Nervus depressor, worüber von Brüning berichtet wird.

D. Herztumoren.

Zlotver stellte als zufälligen Befund bei einer Obduktion eine verkalkte Echinokokkencyste des Herzens fest.

E. Wiederbelebung des Herzens.

1. Intrakardiale Injektion.

Indikationen.

Die Harttungschen Indikationen bei Herznarkosetod, Operationskollaps und Schockwirkungen mit Herzstillstand erweitert van Amstel auf die Asphyxia pallida der Neugeborenen, Herzkollaps durch Kohlenoxydvergiftung und Todesfälle durch Elektrizität.

Zeitpunkt der Injektion.

Die intrakardiale Injektion muß bald nach dem Herzstillstand ausgeführt werden. Petit-Dutoillis vertritt die Ansicht, daß nicht später als 6 Minuten nach dem Herzstillstand injiziert werden darf, weil das Überleben der nervösen Zentren Bedingung für das Wiederingangkommen der Atmung ist. Asteriades hält die Herzwiederbelebung durch intrakardiale Adrenalininjektion nur innerhalb der ersten 5 Minuten nach Beginn der Synkope für aussichtsreich, während Roulland spätestens nach 10 Minuten einen Erfolg noch für möglich hält.

Technik.

Als Einstichstelle wird im allgemeinen der 4. linke I. C. R. gewählt, und zwar am oberen Rande der 5. Rippe. Während sonst geraten wird, die Injektion in diesem I.C.R. dicht am Sternalrand auszuführen, empfiehlt Speciale 2 cm links vom Brustbeinrand und Bastianelli 3 cm vom Sternalrand entfernt einzustechen. Die Frage, ob die Injektion intrakardial oder intramuskulär vorgenommen werden soll, beantwortet Schapiro dahin, daß besser in den Herzmuskel und nicht in die Herzhöhle zu injizieren ist. Neben der Injektion wird künstliche Atmung und intravenöse Kochsalzinfusion dringend empfohlen. Wachenfeldt berichtet über 2 Fälle, wo er bei der Wiederbelebung toter Neugeborener intrakardiale Adrenalininjektionen in Verbindung mit Schultzeschen Schwingungen mit gutem Erfolge anwandte.

Erfolge.

Die Erfolge der intrakardialen Injektionen sind durchaus gute. Asteriades hat 34 Fälle aus der Literatur gesammelt, von denen bei 18 die intrakardiale Injektion mit Erfolg ausgeführt wurde. Von verschiedenen Autoren werden Fälle mit gutem Erfolg mitgeteilt. Schapiro berichtet über einen Dauererfolg der intrakardialen Injektion auch bei nicht mehr ganz funktionstüchtigen Herzen.

2. Herzmassage.

Lee, Estall und Downs unterscheiden bei der Wiederbelebung bei Herzstillstand durch direkte Herzmassage 3 Wege: 1. Thorakaler Weg (wird abgelehnt), 2. der ab-

dominelle Weg durch das Zwerchfell (ohne Eröffnung des Zwerchfells) und 3. der abdominelle Weg durch das Zwerchfell (mit Eröffnung des Zwerchfells). Der 3. Weg hat den Nachteil der schwierigen Zwerchfellnaht, so daß also der 2. Weg als der beste gelten kann.

III. Aorta.

A. Verletzungen.

Veršov berichtet über einen Fall, wo im Anschluß an eine vor mehreren Jahren im Kriege akquirierte, penetrierende Schußverletzung ein faustgroßes Aneurysma der Bauchaorta entstanden war. Der Befund wurde durch eine Probelaparotomie festgestellt. Der Fall ist insofern interessant, als der Patient sich trotz des Aneurysmas subjektiv doch völlig gesund fühlte und jahrelang schwerste Arbeit leistete.

Von Laves wird über einen Fall von ausgeheilter zirkulärer Ruptur der Aorta ascendens mit sekundärer Aneurysmabildung berichtet.

B. Aortenaneurysma.

Zur Behandlung der Aortenaneurysmen hat Colt ein besonderes Verfahren angegeben. Er punktiert das Aneurysma mit einem Troikart und führt durch dessen Hülse Stücke federnd gekrümmten vergoldeten Stahl- oder Silberdrahtes, die an einem Ende regenschirmartig miteinander verschweißt sind, in einer Gesamtlänge von 3—5 cm in den Sack ein. Da mehrere Fälle nach einiger Zeit an akuter Magendilatation zum Exitus kamen, empfiehlt er bei der genannten Operation gleichzeitig eine vordere Gastroenterostomie anzulegen. Colt berichtet selbst über 3 wegen Aneurysma der Bauchaorta operierte Fälle, die 14, 4 und $10^1/_2$ Jahre nach der Operation noch lebten. Übrige 11 Fälle starben innerhalb 1 Jahres bis wenige Tage. Von Henschen wird über einen Fall von hochsitzendem Aneurysma der Bauchaorta berichtet, der nach dem Coltschen Verfahren operiert, 11 Tage nach der Operation an Ruptur des Aneurysmas zugrunde ging. Die Obduktion ergab ausgedehnte Thrombenbildung im Bereich der eingeführten Silberdrähte. Auch Marshall und Wakeley empfehlen die Coltsche Operationsmethode und berichten über je 3 Fälle, Marshall über 3 operierte Aneurysmen der Aorta abdominalis und Wakeley über 3 operierte Aneurysmen der Aorta ascendens. Reid berichtet über mehrere operierte Aneurysmen, 7mal wurde dabei die Ligatur der Aorta mit Metallband oder breiten Leinenfäden ausgeführt. 3mal kam es zum Durchschneiden der Ligatur.

C. Experimentelles.

Reid und Mont haben Versuche an Hunden angestellt, die teilweisen Verschluß der Aorta durch Seidennähte und vollständigen Verschluß mit Fascienknäueln bezwecken sollten, und beobachteten dabei die Wirkung auf die Arterienwand. Sie fanden, daß sich keine Thrombose an der Nahtstelle entwickelt hatte, daß jedoch eine allmähliche Zerstörung der Gefäßwand eingetreten war. Bei dem Verschluß des Lumens durch Einnähen von Fascienknäueln blieben die Fascienknäuel unverändert.

Lebsche berichtet über angestellte Tierversuche, die Ausschaltung und Ersatz der Aorta zum Ziele hatten. Er hält eine Verbindung der Aorta ascendens und descendens oder der letzteren mit der linken Herzkammer für das Zweckmäßigste. Diese Verbindung ermöglichte er mittels Glaskanülen und konnte dadurch auf kurze Zeit die Aorta ascendens ausschalten.

Okureff nimmt an Hand von Kaninchenversuchen zur Frage nach dem funktionellen Zustand der Nervi depressores bei experimentellen Aortaveränderungen Stellung. Er setzte experimentelle Schädigungen der Aortenwand (Arteriosklerose, Adrenalinnekrosen und Farbstoffinfiltrationen) und untersuchte die Wirkung der Durchschnei-

dung der Nervi depressores auf den Blutdruck. Es ergab sich kein Anhaltspunkt dafür, daß das Auftreten der Blutdruckerhöhung bei der experimentellen Arteriosklerose beim Kaninchen durch Schädigungen des Depressorenapparates bedingt sei.

Von Sozon-Jarošwič wurden zur chirurgischen Anatomie der Bifurkation der Aorta Leichenuntersuchungen angestellt. Er empfiehlt hauptsächlich den extraperitonealen Weg, die Sectio lumbo-ileo-inquinalis, nur in besonderen Fällen ist der transperitoneale Weg vorzuziehen.

D. Aortenkompression.

Kritzler empfiehlt mehrere Instrumente, die besonders für den Geburtshelfer von Wichtigkeit sind. Als Ersatzmittel für den Momburgschen Schlauch einen leicht aufgeblasenen Fahr- oder Motorradluftschlauch, der ringförmig vom Kopf her über den Bauch gestreift und mittels eines Knebels festgedreht wird. Ferner einen pneumatischen Gürtel (nach dem Prinzip der v. Recklinghausenschen Armmanschette zur Blutdruckmessung.) Diese muß fest um den Leib angelegt und kann mit einer gewöhnlichen Fahrradpumpe rasch aufgepumpt werden.

Allgemeines.

Anderson, G. H., Cardiac factors in surgical indications. (Northwest med. Bd. **24**, S. 610.) **35**, 231.

Asteriadès, Tasso, Trois cas de réviviscence du cœur après syncope anesthésique, l'une définitive, les deux autres temporaires, par l'injection intracardiaque d'adrénaline. (Hôp. franç., Salonique.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 38, S. 629.) **32**, 284.

Beck, Claude S., and Richmond L. Moore, The significance of the pericardium in relation to surgery of the heart. (Laborat. of surg. research, med. school of Harvard univ., Boston.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 550—577.) **34**, 302.

Brandsburg, Boris, Experimentelle Untersuchungen über pathologisch-histologische Veränderungen der Herzmuskel nach der Sympathektomieoperation. (Inst. f. operat. Chir. u. chir. Anat., med. Fak., Charkow.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 42, S. 1775—1777.) *

Deavor, T. L., The cardiac reserve, and its relation to surgery. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 9, S. 214—216.) *

Escudero, Pedro, und Ernesto V. Merlo, Die Splenektomie bei der Behandlung der Endocarditis lenta. (Hosp. nac. de clin., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 7, S. 361—364.) (Spanisch.) **37**, 684.

Fiori, Egidio, Iniezione intracardiaca di Adrenalina in un caso di shok da embolia gassosa da pneumotorace. (Sanat. d. croce rossa ital., Cuasso al Monte.) (Terapia Jg. **15**, Nr. 70, S. 108—113.) **33**, 154.

Frey, Funktionsprüfung des Kreislaufes. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 676.

Gallo, Antonio, A proposito di iniezioni intracardiache di adrenalina. (Osp. civ., Venezia.) (Pediatr. prat. Jg. **2**, Nr. 8, S. 122—126.) **34**, 776.

Guth, K., Über Coramin. (Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 14, S. 562.) **32**, 258.

Haberer, Hans, Über einen Fall von erfolgreicher Naht der Vena portae. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 47, S. 2577—2579.) **33**, 894.

Heimann, H. L., Harold Kisch and C. T. W. Hirsch, The results of surgical interference in some cardiac affections. (South African med. record Bd. **23**, Nr. 2, S. 26 bis 31.) *

Holm, Kurt, Über Camphogen-Ingelheim, ein wasserlösliches Campherpräparat. (Allg. Krankenh. St.Georg, Hamburg.) (Klin.Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 8, S. 357—359.) **32**, 162.

Hotz, Versuche über Blutarterialisation. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 677.

Jonnesco, Thomas, et Demètre Ionesco, L'état fonctionnel du cœur après l'extirpation du sympathique cervico-thoracique. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 103, S. 1697 bis 1699.) **34**, 498.

Kritzler, Neue einfache Hilfsmittel zur Aortenkompression und Blutdrosselung der unteren Körperhälfte. (19. Vers. d. dtsch. Ges. f. Gynäkol., Wien, Sitzg. v. 3.—6. VI. 1925.) (Arch. f. Gynäkol. Bd. **125**, H. 3, Kongreßber., Tl. II, S. 325—327 u. S. 365—386.) **34**, 438.

Lay, Efisio, L'iniezione intracardiaca di adrenalina nelle sincopi postoperatorie. (Istit. di patol. chir., univ., Cagliari.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 28, Nr. 20, S. 322—324 u. Nr. 21, S. 333—336.) **34**, 153.

Marvin, H. M., R. B. Pastor and Mabel Carmichael, The electrocardiogram and blood pressure during surgical operation and convalescence. Effect of routine preoperative digitalization. (Dep. of internal med., Yale univ. school of med., a. New Haven hosp., New Haven.) (Arch. of internal med. Bd. **35**, Nr. **6**, S. 782 bis 795.) **33**, 105.

Masotti, Piero, Rianimazione del cuore con iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope in corso di rachianestesia. (Osp. civ. S. Maria dei Battuti, S. Vito al Tagliamento.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 1, S. 9—10.) **31**, 170.

Mortensen, M. A., Evaluation of cardiac efficiency by study of blood pressure. (Battle Creek sanit., Battle Creek.) (Anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 6, S. 333—339.) **34**, 240.

Okuneff, N., Zur Frage nach dem funktionellen Zustand der Nn. depressores bei experimentellen Aortaveränderungen. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **47**, H. 1/2, S. 119—124.) **34**, 366.

Placinţianu, Gh., Wiederbelebung des Herzens bei operativem Kollaps durch intrakardiale Adrenalininjektion. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 4, S. 147—149.) (Rumänisch.) **32**, 284.

Ploos van Amstel, P. J. de Bruïne, Adrenalin-Herzinjektionen. (Würzburg. Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. **3**, H. 3, S. 81—105. RM. 1.25.) **34**, 581.

Ruhemann, Ernst, Die Beziehungen des Phrenicus zu Perikard und Pleura pericardiaca. (Anat. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz Bd. **60**, Erg.-H., S. 212—222.) **34**, 705.

Sacconaghi, G. L., La clinica della adesione pericardiaca („fibrechia del cuore") nell'aspetto suo diagnostico. (Monogr. med.-chir. d'attualità. Coll. d. „policlinico". Nr. **6**.) (Roma: Luigi Pozzi 1924. VIII, 199 S. L. 20.—.) **36**, 507.

Sauerbruch, F., Über postoperative Reflexstörungen des Herzens auf mechanischer Grundlage. (Chir. Klin., Univ. München.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **16**, S. 873 bis 877.) **34**, 87.

Schapiro, A., Ein Fall von Wiederbelebung durch intrakardiale Adrenalininjektion bei akutem, postoperativem Herzstillstand. (Jüd. Krankenh., Memel.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 15, S. 798.) **32**, 28.

Schwartz, A., et G. Métivet, Chirurgie du thorax et du membre supérieur. Précis de technique opérat. par les prosecteurs de la fac. de méd. de Paris. Nouvelle série. 5., entièrement refondue éd. (Paris: Masson et Cie 1925. VIII, 248 S. Frcs. 12.—.) **34**, 301.

Sénèque, J., Les troubles circulatoires dans les anévrismes artérioveineux et leur retentissement cardiaque. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. **1**, S. 6—8.) **31**, 88.

Smirnov, N., Ein Fall von Ursprung der linken Arteria carotis externa, der linken Carotis interna und der linken Arteria vertebralis vom Arcus aortae. (Anat., Univ. Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk, S. 238—243.) (Russisch.) *

Speciale, Francesco, L'iniezione intracardiaca di adrenalina per sincope operatoria. Contributo clinico. Osservazioni anatomiche. (Sez. chir., osp. civ. S. Saverio, Palermo.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 33, S. 1149—1151.) **33**, 179.

Wachenfeldt, S. von, Intrakardiale Adrenalininjektionen als Hilfsmittel bei der Wiederbelebung scheintoter Neugeborener. (Kvinnoklin., univ., Lund.) (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. **41**, S. 1153—1163.) (Schwedisch.) **33**, 719.

Verletzungen des Herzbeutels, des Herzens und der großen Brustgefäße.

Ceccini, E., Su due casi di sutura del cuore per ferita da taglio operati circa 20 anni or sono. (Osp. civ., Carrara.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 20 S. 699—700.) **32**, 185.

Čerepnin, K. N., Über die operative Behandlung der Herzverletzungen. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Tomsk, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pogranĉinych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 32—41.) (Russisch.) **34**, 901.

Costantini, H., La chirurgie des plaies récentes du cœur. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. **5**, S. 432—447.) **33**, 435.

Da C. Doria, João R., Tod durch Perforation der Speiseröhre und des Aortenbogens durch einen Knochensplitter. (Brazil-med. Bd. **1**, Nr. **13**, S. 161—162.) (Portugiesisch.) *

Drummond, Hamilton, A case of heart suture. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 184—186.) **32**, 722.

Džhanelidze, J. J., 25 Jahre chirurgischer Behandlung der Herzverletzungen (Chir. Abt., Peter-Paul-Krankenh., Prof. Džhanelidze, Leningrad.) (Verh. d. Russ. Chir. Pirogoff-Ges., Leningrad, 6. XII. 1924.) (Russisch.) **31**, 745.

Džanelidze, J. J., Fernresultate der chirurgischen Behandlung von Herzwunden. (Propädeut. chir. Klin., med. Hochsch., Prof. Džanelidze, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 8—32.) (Russisch.) 34, 902.
Džanelidze, J. J., Über Verletzungen der Coronargefäße bei Herzverwundungen. (Chir. propädeut. Klin., med. Hochsch., Prof. Džanelidze, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 14—34.) (Russisch.) 35, 557.
Felix, Willy, Sensibilität der Brustorgane. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 145—154.) 34, 301.
Grigorjew, A. M., Über die Heilung eines riesigen traumatischen arteriovenösen Aneurysma der Aorta abdominalis et V. cava infer. nach der Methode von Moore-Corradi. (Kreiskrankenh., Stawropol.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 283—286.) (Russisch.) 34, 842.
Hesse, Erich, Die Funktionsfähigkeit des verletzten und genähten Herzens im Lichte der Dauerresultate der Herznaht. (Chir. Abt., Prof. Grekow, Obuchow-Krankenh. Petersburg.) (Russkaja klinika Jg. 2, Nr. 5, 1925 u. Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 239—289.) 31, 608.
Hesse, Erich, Über die Funktionsfähigkeit des verletzten und genähten Herzens im Lichte der Dauerresultate der Herznaht. (Chir. Abt., städt. Obuchow-Krankenh., Leningrad.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 239—289.) 32, 284.
Juckelson, M., Ein Fall von Unterbindung der Arteria anonyma. (Chir. Abt., I. Arbeiterkrankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 681 bis 682.) 31, 829.
Jukelsohn, M. B., Ein Fall von Unterbindung der A. anonyma. (I. Arbeiter-Krankenh. früher Jüdisches Krankenh., Kiew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 6, H. 4, S. 526 bis 528.) (Russisch.) 33, 106.
Koročanskij, V. A., Über die Fremdkörper im Herzen. (Kijev.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 36—54.) (Russisch.) 35, 501.
Kuhn, Le Roy Philip, Traumatic rupture of thoracic aorta with review of fifty-five abdominal injuries. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 6, S. 420—427.) 33, 436.
Laves, Wolfgang, Ein Fall von ausgeheilter zirkulärer Ruptur der Aorta ascendens mit sekundärer Aneurysmabildung. (Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Graz.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 29, S. 804—809.) 32, 760.
Lawočkin, J. W., Ein Fall von Herznaht. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 616 bis 621.) (Russisch.) 33, 717.
Lebsche, Max, Versuche über Ausschaltung und Ersatz der Aorta. (Chir. Klin., Univ., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 137—177.) 32, 367.
Lewis, Nolan D. C., Spontaneous rupture of the heart. With a report of seven cases. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 1, S. 36—53.) *
Lissitzyn, M. S., Rationelle Zugänge zur A. anonyma und pathologisch-klinische Illustrationen der Verletzungen und Erkrankungen derselben. (Inst. f. top. Anat. u. operat. Chir., milit.-med. Akad., Leningrad. Prof. Ševkunenko.) (Vestnik chirurgii i pograničnch oblastej Bd. 3, H. 8/9, S. 165—185 u. Bd. 4, H. 10/11, S. 49—71.) (Russisch.) 35, 822.
Lissizyn, M. S., Operationen am Herzen. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., milit.-med. Akad., Leningrad, Dir. Prof. Sewkunenko.) (Žurnal dlja usoveršenstvovanija vračej Jg. 3, Nr. 4, S. 191—200.) (Russisch.) 33, 717.
Maguire, Daniel L., A successful cardiorrhaphy. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 623—625.) 32, 284.
Markowin, I., Zur Frage der Herzverletzungen bei Schußwunden ohne Verletzung des Perikards. (Forensisches Inst., Univ. Rostov a. Don, Dir. Prof. A. Sibkov.) (Iswestija Donskowo gosudarstwennowo universiteta Bd. 5, S. 1—5.) (Russisch.) 33, 658.
Matas, Rudolph, Ligation of the abdominal aorta. Report of the ultimate result, one year, five months and nine days after ligation of the abdominal aorta for aneurysm at the bifurcation. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 457—464.) 31, 611.
Meyer, Karl A., and William A. Brams, Gunshot wound of the heart. Repair under local anesthesia with complete recovery of the patient. (Cook County hosp. a. Michael Reese hosp., Chicago.) (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 5, S. 379 bis 382.) 34, 706.
Montanari, E., La chirurgia del cuore. (Bologna: L. Cappelli 1925. 316 S. L. 20.—.) *
Otto, Ferd., Messerstichverletzung des Herzens, durch Naht geheilt. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 9, S. 348—349.) 31, 375.
Puccinelli, V., Ferita del cuore (orecchietta destra). (Osp. riuniti, Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 580—590.) 34, 86.

Rhodes, Robert L., Suture of stab wound of the heart. Two cases with one recovery. (Surg. dep., univ. of Georgia, Athens.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 757 bis 760.) 32, 185.
Simeoni, Vincenzo, Due cardiorrafie. Contributo clinico. (I. clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 65—71.) 32, 594.
Smirnov, S., Zur Frage über die Unterbindung der Pulmonalarterie. (Inst. f. allg. Chir., Univ. Tomsk, Sibirien, Prof. Opokin.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 71—75.) (Russisch.) 34, 650.
Ssawizky, A., Ein Fall von Herznaht. (Chir. Fak.-Klin., I. Staatsuniv., Prof. N. Burdenko, Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 816—818.) (Russisch.) 35, 702.
Steckbauer, J. W., A case of bullet in the heart.. (City hosp., Washington univ., St. Louis.) (Journ of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 19, S. 1416—1417.) 32, 366.
Vance, B. M., Three unusual cases of bullet wounds of the heart showing attempts at healing. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 6, S. 872—882.) 32, 512.
Veršov, S., Ein Fall eines traumatischen Aneurysmas der Bauchaorta. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1356.) (Russisch.) 35, 751.

Erkrankungen des Herzbeutels, des Herzens und der großen Brustgefäße.

Alexander, W., Zur Therapie der Perikarditis. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 11, S. 500.) *
Allen, S., Le traitement chirurgical de la sténose mitrale. (Serv. de chir., Washington univ., school of med., St. Louis.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 5, S. 394 bis 431.) 33, 718.
Brüning, Fritz, Die Chirurgie der Erkrankungen des Herzens und der Gefäße. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 48, S. 2281—2284.) 34, 304.
Cabred, Roberto G., und Domingo Mosto, Über 11 Fälle von Herztumoren. (Istit. di anat. y fisiol. patol., fac. de cienc. méd., Buenos-Aires.) (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 35, S. 1194—1211.) (Spanisch.) *
Colt, G. H, Three cases of aneurysm of the aorta treated by wiring. Aneurysma of the abdominal aorta. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 109—113.) 32, 760.
Curschmann, Hans, Zur Therapie der Perikarditis. (Med. Klin., Univ. Rostock.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 1, S. 21.) 32, 722.
Cutler, Elliot C., Traitement chirurgical des affections chroniques des valvules cardiaques. (Clin. chir. du Peter Bent Brigham hosp. et laborat. de chir. exp., école de méd. de Harvard, Boston.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 5, S. 376 bis 393.) 33, 718.
Delorme, Ed., La cardiolyse. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 5, S. 361 bis 366.) 33, 436.
Felix, Die Beeinflussung künstlich beim Tier gesetzter Herzkrankheiten durch plastische Perikardoperationen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15. bis 18. IV. 1925.) 31, 675.
Felix, Willy, Herzbeutel und Herztätigkeit. Versuch, künstlich gesetzte Herzfehler chirurgisch zu beeinflussen. (Chir. Klin., Univ. München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 178—238.) 32, 453.
Gallavardin, L., et P. Ravault, Oblitération des artères mésentériques et infarctus le l'angle droit du côlon. (Comme terminaison d'un anévrysme de l'aorte abdominale.) (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 126, S. 201—204.) 31, 885.
Grote, Anni, Zur Diagnose und Therapie der schwieligen Perikarditis. (Städt. Krankenanst., Bremen.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 556 bis 566.) 33, 267.
Guleke und Lommel, Herzbeutelresektion bei Concretio pericardii. (Chir., Klin. u. med. Poliklin., Univ. Jena.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 16, S. 737—739.) 32, 28.
Haim, Emil, Über „Kardiolyse" bei Herzaffektionen. Vorl. Mitt. (Allg. Krankenh., B.-Budweis.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 36, S. 1990—1993.) 33, 179.
Holman, Emile, and Claude S. Beck, The physiological response of the circulatory system to experimental alterations. I. The effect of intracardiac fistulae. (Laborat. of surg. research, Lakeside hosp. a. Western reserve univ., Cleveland.) (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 5, S. 661—679.) 34, 704.
Jarotzkij, A. I., Zur Frage einer intrakardialen Operation bei der Mitralstenose. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 21, S. 498—499.) (Russisch.) 35, 29.
Lauer, Woldemar, Zur Kasuistik der angeborenen Perikarddivertikel. (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Nr. 13, S. 353—354.) *
Lian, Camille, et Georges Corneau, Du traitement de la péricardite tuberculeuse avec épanchement séro-fibrineux. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 27, S. 26—30.) 35, 29.

Mannucci, G., Considerazioni cliniche ed anatomo-patologiche su di un caso di tumore primitivo del pericardio. (Sez. chir., osp. civ., Carrara.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 18, S. 411—413.) *
Marshall, C. Jennings, Three cases of aneurysm of the aorta treated by wiring. II. Aneurysm of the abdominal aorta. (Brit. journ. of surg. Bd. 18, Nr. 49, S. 113 bis 117.) 33, 179.
Merello, Mario, Die mediane Thorakolaparotomie in der Herzchirurgie. (Betrachtungen zur anatomischen Chirurgie des Mittelfellraumes.) (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 15, S. 556—567.) (Spanisch.) 36, 507.
Moore, Richmond L., Congenital deficiency of the pericardium. (Laborat. of surg. research, med. school, Harvard univ., Boston.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 765 bis 777.) 33, 894.
Nossen, Hermann, Tod unter dem Bilde der Lungenembolie durch Cyste im Perikard. (Allerheiligen-Hosp., Breslau.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 28, S. 1150—1151.) 32, 512.
Schaefer, Walter, Herzbeutelverwachsungen und Kardiolyse im Kindesalter. (Univ.-Kinderklin., Breslau.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 110, 3. Folge: Bd. 60, H. 3/4, S. 142—158.) 34, 240.
Schmieden, Erfahrungen über die Perikardiektomie bei Pericarditis chronica retrahens. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 676.
Schmieden, V., Neue Ergebnisse bei der Exstirpation des Herzbeutels. (Mit Krankenvorstellungen.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 552—564 u. S. 183—188.) 33, 516.
Souttar, H. S., The surgical treatment of mitral stenosis. (Brit. med. journ. Nr. 3379, S. 603—606.) 33, 515.
Sozon-Jaroševič, A., Zur chirurgischen Anatomie der Bifurkation der Aorta. (Inst. f. operat. Chir., Prof. Ševkunenko, Leningrad.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 641—653.) (Russisch.) 36, 265.
Steinitz, Ernst, Konservative Behandlung der eitrigen Perikarditis. (Städt. Krankenh. Siloah, Hannover.) (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 5, S. 254—257.) 32, 340.
Wagner, Hans, Beiträge zur Chirurgie des Herzens und des Herzbeutels. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 514 bis 522.) 31, 607.
Wakeley, Cecil P. G., Three cases of aneurysm of the aorta treated by wiring. III. Aneurysm of the ascending aorta. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 117 bis 119.) 33, 180.
Wiedhopf, Oskar, Experimentelle Untersuchungen über Kreislaufstörungen bei der Embolie der Aorta unterhalb des Abgangs der Arteria mesenterica inf. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 1—17.) 34, 367.
Wood, Alfred C., and William N. Bradley, Purulent pericarditis in childhood. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 8, S. 480—484 und Nr. 9, S. 531—534.) *
Zlotver, B., Ein Fall von verkalkter Echinokokkencyste des Herzens. (Verhandl. d. I. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 89 bis 91.) (Russisch.) 36, 265.
Zuccòla, P. F., Cura della pericardite essudativa col pneumopericardio. (Osp. civ., Cuneo.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 26, S. 607—609.) 33, 104.

Mittelfell.

Fischer, Aladár, Einblick in die Chirurgie des Mediastinums. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 15, S. 324—326 u. Nr. 16, S. 346—348.) (Ungarisch.) 34, 843.
Jehn, Klinisches und Experimentelles über das Mediastinalemphysem. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 681.
Knack, A. A., Über chronische Mediastinitis. (Allg. Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 516—524.) *
Knox, Leila Charlton, Chronic mediastinitis. (St. Luke's hosp., New York.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 6, S. 807—815.) *
Kottmaier, Jean, Zur Therapie gutartiger raumbeengender Tumoren im Thorax und ihre Beeinträchtigung des Kreislaufes. (Strahlentherapeut. Anst., Dr. Jean u. Dr. Elsa Kottmaier, Mainz.) (Zentralbl. f. Herz- u. Gefäßkrankh. Jg. 17, Nr. 21, S. 336—346.) *
Lapenna, M., Contributo alla terapia dei tumori mediastinici. Sopra un caso di tumore del mediastino anteriore trattato con la radioterapia. (Istit. di clin. med., univ., Roma.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 2, S. 247—258.) 33, 589.

Lemon, Willis S., Lipoma of the mediastinum. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1247—1256.) **33**, 589.

Paitre, R.-F.-C., Les raisons anatomiques des diverses voies d'accès à la plèvre et aux médiastins. (Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 82, Nr. 6, S. 766—825.) *

Seiffert, Über die Behandlung eitriger Prozesse im Mediastinum. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 682.

Westergren, Alf, und Allan Ragnell, Zwei Fälle mit fistulösen Verbindungen zwischen Oesophagus und Atmungsorganen, ausgehend von eingeschmolzenen mediastinalen Lymphadenitiden. (Pathol. Abt., Karolin. Inst. u. II. med. Klin., Serafimerlaz., Stockholm.) (Acta med. scandinav. Bd. 62, H. 3/4, S. 319—333.) *

Zanetti, Giovanni, Contributo allo studio dei tumori del mediastino. (Istit. di anat. patol., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 25—33.) **33**, 588.

Bauch und Becken.

Anatomie, Physiologie und Pathologie des Bauches.

Alipov, G., Beiträge zur Frage über die dringliche Bauchhöhlenchirurgie bei Schwangeren. (Chir. Abt., Rotes Kreuz-Krankenh., Pensa, Dr. Alipov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 533—558.) (Russisch.) **34**, 271.

Bittmann, Otakar, Sur les douleurs lombaires et sur leur traitement par la sympathectomie péri-aortique. (Clin. de gynécol.-obstétr. du prof. A. Ostrcil, Brno.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 6, S. 757—788.) **34**, 834.

Bobin, V., Zur Kasuistik des Situs viscerum inversus totalis. (Ukrainer psychoneurol. Inst., Krasnodar, Dir. A. Geimanowič.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1983 bis 1985.) (Russisch.) **35**, 621.

Boland, Frank K., Acute abdominal pain. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 27—34.) *

Borchers, Gertrud, Ein Fall von Situs viscerum inversus und asymmetrischer Doppelmißbildung. (Univ.-Kinderklin., Greifswald.) (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 30, H. 5, S. 460—466.) *

Butler, P. F., and J. F. Elward, Common causes of shoulder pain. (X-ray dep., city hosp., Boston.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 536—541.) **33**, 595.

Čačin, N., und E. Čačina, Ein Fall von Mißbildung des Darmtraktus. (Knjagininsk-Krankenh., Kreis Lyskow.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, S. 297 bis 298.) (Russisch.) **34**, 850.

Crile, George W., Post-operative complications of abdominal operations. (Cleveland clin., Ohio.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 326—329.) **31**, 925.

Danielopolu, Eingeweideschmerzen. (Univ.-clin., spit. filantropia, Bucuresti.) (Rev. stiintelor Jg. 14, Nr. 2, S. 129—138.) (Rumänisch.) *

Deaver, John B., Surgery of the abdomen. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 7, S. 251—255.) *

Deaver, John B., The acute (non-traumatic) abdomen. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 10, S. 427—431.) *

Delfino, Eugenio, Alcuni casi di chirurgia abdominale. (Osp. civ. di Santa Croce, Cuneo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 90—106.) *

Eliason, Eldridge Lyon, Surgical emergencies of the abdomen. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 917—925.) **32**, 342.

Erdmann, John F., Abdominal diagnosis. (Internat. clin. Bd. 2, Ser. 35, S. 193—200.) *

Eskin, Ch., Zur Kasuistik der Fremdkörper in der Bauchhöhle. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1521—1522.) (Russisch.) *

Farkas, Dániel, Bauchchirurgische Erkrankungen, welche dringlichen Eingriff fordern. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 20, S. 428—432.) (Ungarisch.) **33**, 662.

Finaly, Rudolf, Über Störungen infolge von Unterbindung der beiden Arteriae hypogastricae. (Chir. afd., St. Josef-ziekenh., Heerlen.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 10, S. 1115—1119.) (Holländisch.) **31**, 544.

Flörcken, H., Kosmetische Rücksichten in der operativen Chirurgie des Halses, der Brust und des Bauches. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 12, S. 463—465.) *

Foley, Thomas P., Encysted surgical sponge. Report of a case. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 3, S. 243—244.) *

Fränkel, A., Zur Methodik der Palpation der Bauch- und Beckenorgane. (Chir. Univ.-Klin., Rostov am Don, Prof. Bogoras.) (Medicinskaja mysl 1924, Nr. 8/10, S. 16 bis 17.) (Russisch.) **36**, 580.

Freeman, Leonard, The neurotic or irritable abdomen. (Ann. of surg. Bd. 80, Nr. 5, S. 692—696.) *
Freude, E., und Ellie Sp. Kanellis, Über die Wirkung der segmentären paravertebralen Novocaininjektion bei intraabdominellen und intrathorakalen Erkrankungen. (III. med. Univ.-Klin., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 33, S. 1597 bis 1599.) 33, 214.
Galbraith, Walter W., The acute abdomen. (Western infirmary a. roy. hosp. f. sick children, Glasgow.) (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 6, S. 338—351.) 32, 410.
Göbbels, Hans, Die in der Bauchhöhle zurückgelassenen Fremdkörper im Lichte der Haftpflichtfrage. (Chirg. Univ.-Klin. Frankfurt a. M.) (Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 5, H. 2, S. 174—177.) 31, 460.
Gubergritz, M., und I. Ischtschenko, Zur Differentialdiagnostik der Erkrankungen der Bauchhöhle. (Klin. f. spez. Pathol. u. Therapie, med. Hochsch., Kiew.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 4, S. 269—275.) (Russisch.) 33, 213.
Gubergritz, M. M., Zur Untersuchungsmethodik der Bauchhöhle. (Univ.-Klin. f. spez. Pathol. u. Therapie, Kiew.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 12, S. 465 bis 467.) 31, 924.
Gussew, P. F., Zur Frage über Fremdkörper in der Bauchhöhle nach Laparotomien. Chir. Abt., Kreiskrankenh. Wetluga). (Novyj chirurgičeski archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 12—14.) (Russisch.) *
Gutmann, René A., Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diagnostic. (Salpêtrière, Paris.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 101, S. 1669—1671.) 34, 90.
Halpern, J., Zur Frage über Fremdkörper in der Bauchhöhle. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 140—142. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) 34, 651.
Harbin, R. M., A review of 500 selected laparotomies with special reference to errors in diagnosis. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 264—270.) 31, 925.
Heimann, H. L., Investigation and diagnosis of lesion about the diaphragm. (Med. journ. of South Africa Bd. 21, Nr. 4, S. 93—97.) *
Huddy, G. P. B., A study of the family histoires of 300 patients suffering from chronic upper abdominal lesions. (Lancet Bd. 209, Nr. 6, S. 276—278.) 33, 898.
John, M., Zur Diagnose akut und chronisch entzündlicher abdomineller Erkrankungen mit Hilfe des Schillingschen Hämogramms. (St. Marienhosp., Mülheim a. Ruhr.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 41, S. 1721—1723.) 33, 897.
Jones, Daniel Fiske, Leland S. McKittrick and Howard F. Root, Abdominal surgery in diabetes. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 11, S. 809 bis 812.) 33, 340.
Kappis, Max, Die Sensibilität der Bauchhöhle. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 43, S. 2041—2047 u. Nr. 44, S. 2089—2092.) 35, 375.
König, E., Federhalterfragment aus Hartgummi in der freien Bauchhöhle als Nebenbefund bei Laparotomie. (Städt. Krankenh., Harburg a. E.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 38, S. 1590—1591.) *
Kogan, B. A., Situs viscerum inversus. (Medicinskaja mysl' Bd. 8/10, S. 11—16.) (Russisch.) *
Lampert, F., Die Klinik der Veränderungen des Neurotonus des Darmrohres. (Inst. f. schnelle Hilfe, Dir. d. chir. Abt. W. Krassinžev, Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 1, S. 15—28.) (Russisch.) 34, 584.
Martin, Hayes E., and Soma Weiss, The use of physostigmin in abdominal distention. Prelim. report. (Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 19, S. 1407—1408.) 32, 600.
Mondolfo, Emanuele, Nuovo segno clinico differenziale per le affezioni dolorose acute dell'addome. (Osp. civ., Cesena.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, Nr. 50, S. 1748.) 34, 584.
Nadeau, Oscar E., and Otto F. Kampmeier, Endoscopy of the abdomen; abdominoscopy. A preliminary study, including a summary of the literature and a description of the technique. (Augustana hosp. a. research inst., univ. of Illinois coll. of med., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 3, S. 259—271.) 33, 898.
Pielsticker, Felix, Die rezidivierende Nabelkolik bei Kindern — eine Hepatose. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 30, H. 3/4, S. 367—374.) *
Prima, C., Über Blutstillung bei Bauchoperationen. (Eesti Arst Jg. 4, Nr. 7, S. 196 bis 197.) (Estnisch.) 33, 719.
Rasenkow, I., Zur Frage über die vierfache Innervation der Organe. (Moskovkij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 23—31.) (Russisch.) 35, 261.
Reis, V. van der, Die Darmbakterien des Erwachsenen und ihre klinische Bedeutung. (Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. Bd. 27, S. 77—168.) 32, 597.

Riesman, David, Extra-abdominal conditions simulating acute abdominal diseases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 26, S. 1973—1975.) **32**, 599.
Ritchie, John, The acute abdomen. (Glasgow med. journ. Bd. **103**, Nr. 6, S. 329 bis 337.) **32**, 411.
Roth, Henry, The diagnosis of acute surgical diseases of the abdomen. (New-York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 13, S. 599—605.) *
Schmidt, H., Vergleichende Untersuchungen über die Darmwirkung des Hypophysins. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 121—123.) **31**, 175.
Schoen, Rudolf, Experimentelle Untersuchungen über Meteorismus. I. Tl. Diffusion und Resorption der Darmgase unter physiologischen Bedingungen. (Med. Klin., Univ. Würzburg.) (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 147, H. 3/4, S. 224—244.) **33**, 340.
Schoen, Rudolf, Experimentelle Untersuchungen über Meteorismus. II. Teil. Veränderungen der Gasresorption im Darm unter pathologischen Bedingungen, besonders des Kreislaufs und des Muskeltonus. (Med. Klin., Univ. Würzburg.) (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 148, H. 1/2, S. 86—110.) **33**, 662.
Seigermacher, S., Zur Pathogenese und Klinik des Situs viscerum inversus totalis. (II. chir. Klin., Charkoff, Dir. Prof. Somoff.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1985—1988.) (Russisch.) **35**, 621.
Short, A. Rendle, The uses of coelioscopy. (Brit. med. journ. Nr. 3371, S. 254 bis 255.) **33**, 214.
Skeel, R. E., The importance of prognosis in some acute abdominal surgical conditions. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1144—1146.) *
Somalo, Marcos, Unterdrückung der Darmgase in der Bauchchirurgie. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 17, S. 913—916.) (Spanisch.) **32**, 342.
Ssavinych, A. V., Über Fremdkörper in der Bauchhöhle. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Tomsk, Prof. Beresnegovskij, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 11—17.) (Russisch.) **35**, 825.
Stevenson, G. H., Epidemic encephalitis simulating acute surgical lesions of the abdomen. (Brit. med. journ. Nr. 3341, S. 68—69.) *
Tenckhoff, Bernhard, Von den Stieldrehungen. Ein Vorschlag zur Klarstellung der Ätiologie. (Chir. Klinik, Univ. Köln.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 50, S. 2823 bis 2824.) **34**, 584.
Torraca, Luigi, Il comportamento della temperatura della cavità peritoneale in rapporto alle variazioni della temperatura della superficie dell'abdome. (Istit. di patol. gen., univ. Napoli.) (Arch. per le scienze med. Bd. 47, Nr. 3, S. 156 bis 182.) **31**, 924.
Torraca, Luigi, L'iperalgesia cutanea in alcune affezioni degli organi addominali. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 3, S. 217—249.) **32**, 143.
Troizkaja, A. A., Die Lymphabflußwege aus der Bauchhöhle. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., Univ. Moskau.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 9, S. 3—5.) (Russisch.) **35**, 505.
Wade, R. B., Some aspects of enlargement of the abdomen in children from the surgical side. (Roy. Alexandra hosp. f. childr., Camperdown, Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 6, S. 131—133.) *

Pneumoperitoneum.

Canelli, Adolfo F., Di due casi di pneumo-peritoneo curativo nella peritonite tubercolare ascitica dell'infanzia. (Clin. pediatr., univ., Torino.) (Prat. pediatr. Bd. 2, Nr. 2, S. 39—42.) **32**, 286.
Carnot, Paul, Le pneumo-péritoine post-opératoire dans le traitement des périviscérites digestives. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 20, S. 441—444.) **32**, 286.
Fritz, A., Zur Behandlung der exsudativen Form von Peritonealtuberkulose mit Pneumoperitoneum. (Präsident Schober-Stiftung f. Polizeibeamte, Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 22, S. 814—816.) **33**, 384.
Kramarenkoj, J. J., Zur Vervollkommnung der Technik bei Anlegung eines Pneumoperitoneums. (Zentr. Arbeiter-Poliklin., Kijev.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 924—927.) (Russisch.) **35**, 377.
Maestrini, D., Intorno ad un nuovo metodo di cura della peritonite tubercolare essudativa. (Pneumoperitoneo.) Nota prev. (Osp. civ. di S. Antonio Abate, Teramo.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 35, S. 827—828.) **34**, 510.
Országh, Oszkár, Die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung mittels Pneumoperitoneum. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 11, S. 223—224.) (Ungarisch. **31**, 750.

Short, A. Rendle, The uses of coelioscopy. (Brit. med. journ. Nr. 3371, S. 254 bis 255.) **33, 214.**

Enteroptose.

Axtell, W. H., Gastroenteroptosis and its problems. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 6, S. 132—135.) *

Gudim-Levkowič, D., Zur Frage über Enteroptose und ihre Prophylaxe in der Gynäkologie. (Novaja chirurgija Jg. **1**, H. 5, S. 697—703.) (Russisch.) *

Jaure, G., Vordere Bauchwand und Enteroptose. (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 6, S. 794—800.) (Russisch.) **35, 753.**

Martini, Tulio, Die splanchnostatischen Störungen in ihren Beziehungen zur Nephrolithiasis. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 255—273.) (Spanisch.) *

Mirtl, Carl, Periodisch einsetzender ileusartiger Komplex bei hochgradiger Enteroptose. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 23, S. 939—940.) **32, 467.**

Novák, Vladimír, Chronische Kompression des Duodenums bei Enteroptose. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 42, S. 1507—1512.) **33, 743.**

Rosov, V., Zur chirurgischen Splanchnoptosenbehandlung. (Kreiskrankenh., Stariza.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 382—391.) (Russisch.) **35, 621.**

Traumatische Baucherkrankungen.

Bézy, Elemér, Über die Erfolge der operativen und konservativen Therapie der Bauchhöhlenverletzungen. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 9, S. 169—171.) (Ungarisch.) **31, 924.**

Creyssel, Sur la latence possible de lésions abdominales traumatiques multiples, malgré l'intervention exploratrice. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 25, S. 756—758.) **32, 830.**

Delore, X., et J. Creyssel, A propos de deux cas de contusions, abdominales diagnostiquées et opérées tardivement. (Lyon méd. Bd. **135**, Nr. 10, S. 281 bis 286.) *

Demel, Rudolf, Ein Fall von schwerer Pfählungsverletzung. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 1/2, S. 131—135.) **32, 267.**

Demel, Rudolf, Über die Anzeigestellung zum operativen Eingriff bei stumpfen Bauchverletzungen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 542—566.) **32, 516.**

Joglekar, K. V., A case of accidental abdominal injury. (Indian. med. gaz. Bd. **60**, Nr. 11, S. 532.) *

Kaiser, Fr. J., Abdominalbeschwerden bei Erkrankungen der Brustorgane. (St. Marienhosp., Soest i. W.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 22, S. 897 bis 898.) **32, 517.**

Kappis, Max, Die diagnostische und therapeutische Verwertung der paravertebralen Novocaineinspritzung. (Stadtkrankenh. I, Hannover.) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 7, S. 335—338.) **32, 517.**

Kuhn, Le Roy Philip, Traumatic rupture of thoracic aorta with review of fifty-five abdominal injuries. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 6, S. 420—427.) **33, 436.**

Lapacó, Mauricio, Schußverletzung des Bauches. Heilung ohne Operation. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 16, S. 882—883.) (Spanisch.) **32, 342.**

Lathrop, Walter, The surgical significance of contusions of the abdomen. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 5, S. 171—173.) *

Schnitzler, H., Zur Diagnose des subcutanen Intestinalprolapses. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 50, S. 1336.) **34, 584.**

Sorrentino, Michelangelo, Di una specifica reazione cromogena delle urine nelle lesioni peritoneali acute. (Osp. d. Pellegrini, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 21, S. 496—497.) **34, 779.**

Spiegel, Béla, Über subcutane Darmverletzungen. (Therapia Jg. **2**, Nr. 1, S. 9—12.) (Ungarisch.) *

Troell, Abraham, Some notes on the subcutaneous organic ruptures following contusion of the abdomen. (Surg. dep., Seraphimer hosp., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 562—579.) *

Die großen Gefäße des Bauches.

Budde, Max, Operativ geheilte Spontanruptur der Arteria gastroepiploica sinistra. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 33, S. 1383—1384.) 33, 58.

Chute, Arthur L., Injury to the vena cava during nephrectomy. Report of four cases. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 43—49.) 32, 85.

Dowgiallo, N., Linksseitige Vena cava infer. (Anat. Inst., Odessa). (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 21, S. 1647—1649.) (Russisch.)

Haberer, Hans, Über einen Fall von erfolgreicher Naht der Vena portae. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 47, S. 2577—2579.) 33, 894.

Held, I. W., Digestive symptoms caused by disease of the abdominal vessels. With special reference to arteriosclerosis. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 6—10 und Nr. 2, S. 71—75.) 32, 599.

Zivanović, G., Eine praktische Methode zu der Differentialdiagnose zwischen Bauch- und Nierentumoren. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 8, S. 432—435.) (Serbo-kroatisch.) 33, 340.

Allgemeines über Bauchgeschwülste.

Billmann, H. S., Bruchbeschwerden als Zeichen einer intraabdominalen Krebsgeschwulst. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 39, S. 847—848.) (Dänisch.)

Cižov, J., Die Disseminationsbedingungen der Echinokokkencysten der Bauch- resp. Beckengegend. (Chir. Klin., Univ. Rostov a. D., Direktor Prof. N. Napalkov.) (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D., S. 53—70.) (Russisch.) 36, 243.

Gentil, F., Zur Diagnostik der Bauchgeschwülste. (Clin. cir., fac. de med., Lisboa.) (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 1, S. 1—15.) (Portugiesisch.) 32, 23.

Heineck, Aime Paul, Massive excision of subcutaneous abdominal fat. An analytical review of the literature. (Frances Willard hosp., Chicago.) (Med. times Bd. 53, Nr. 2, S. 35—37 u.49.) 37, 34.

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparrat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) 33, 193.

Schustek, Jenö, Fall von seltener abdominaler Pseudo-Cyste. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 18, S. 401—403.) (Ungarisch.) 32, 83.

Mesenterium, Mesocolon.

Antonelli, Giovanni, Sopra una speciale forma di linfogranulomatosi a tipo blastomatoso prevalente nelle ghiandole mesenteriche. (Osp. di S. Spirito, Sala Genga, Roma.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 8, S. 391—416.) 33, 341.

Azbukin, A., Zur Frage der Darmverschlingung bei Mesenterium ileo-colicum commune. (Inst. f. norm. Anat., Univ. Tomsk, Dir. Prof. G. M. Josifov u. chir. Hospitalklin., Dir. Prof. N. I. Beresnegowskij.) (Izvestija Tomskovo gosudarstvennovo universiteta Bd. 78, S. 190—213.) (Russisch.) 38, 122.

Bakács, Georg, Über die Mesenterialsarkome des Darmes und des Meckelschen Divertikels. (Pathol. Inst., Univ. Breslau.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 31, S. 89—96.) 32, 111.

Brütt, Die Chirurgie der Mesenterialtuberkulose. (Chir. Klin., Univ., Krankenh. Eppendorf, Hamburg.) (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, H. 7, S. 269—271.) (Spanisch.) 33, 384.

Cannon, D. J., and W. D. O'Kelly, Solid tumour of the mesentery. (Terato-blastoma.) (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 47, S. 571—573.) 34, 23.

Čerepnin, K., Ein Fall von cystösem Lymphangiom des Dickdarmgekröses. (Chir. Fak.-Klin., Prof. Mysch, Univ. Tomsk, Sibirien.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 607—610.) (Russisch.) 35, 827.

Chiari, O. M., Zur Erkennung und Behandlung der Mesenterialvenenerkrankung nach Appendicitis. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 27, S. 998 bis 1000.) 32, 73.

Chiari, O. M., Über die Diagnose und Behandlung der postappendicitischen Erkrankungen der Mesenterialvenen. (Clin. quir., univ., Innsbruck.) (Vox med. Jg. 5, Nr. 8, S. 419—424.) (Spanisch.) 33, 591.

Chiasserini, Angelo, La forma neoplastica della mesenterite retrattile. (Osp. di San Giacomo in Augusta, Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 24, S. 836 bis 839.) 33, 273.

Comolli, Antonio, Considerazioni diagnostiche su un caso di scirro dell'intestino mesenteriale. (Istit. di studi sup. e. di perfezion., univ., Firenze.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 284—290.) 32, 771.
Courcy, Joseph L. de, and John J. Maloney, Fibromata of the mesentery with the report of a case. (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 402—403.) 31, 682.
Cutler, George David, Mesenteric defects as a cause of intestinal obstruction. (Surg. serv., children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 7, S. 305 bis 311.) 31, 622.
Cutler, George David, and Joseph C. Merriam, Intestinal obstruction in an infant due to mesenteric cyst with volvulus. (Surg. serv., children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 12, S. 550—552.) *
Dragun, B., Mesenteritis und Volvulus jejuni. (Chir. Fak-Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1254—1255.) 32, 295.
Elizalde, Pedro de, und Julio Medeiros, Mesenterialsarkom bei einem 12 Monate alten Säugling. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 26, S. 1405—1409.) (Spanisch.) *
Escudero, Pedro, Neurose des unteren Mesenterialplexus. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 185—197.) (Spanisch.) 35, 237.
Escudero, Pedro, und Ernesto V. Merlo, Mesenteritis retractilis. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 1, S. 95—106; Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 198—212.) (Spanisch.) 34, 22. 34, 518.
Foged, Jens, Mesenterium ileo-colicum commune. (Prof. Rovsings Privatklin., Kjøbenhavn.) (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Dez.-H., S. 505—511.) (Dänisch.) 34, 310.
Gallavardin, L., et P. Ravault, Oblitération des artères mésentériques et infarctus de l'angle droit du côlon. (Comme terminaison d'un anévrysme de l'aorte abdominale.) (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 126, S. 201—204.) 31, 885.
Gurewič, I., Ein Fall von chylöser Cyste des Mesosigmoideum. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 637—638.) (Russisch.) 34, 33.
Heilmann, P., Über Veränderungen der Mesenterien und der Leber bei entzündlichen Erkrankungen der Bauchorgane. (Pathol. Inst., Krankenstift, Zwickau.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 3, S. 611—619.) 32, 766.
Holéczy, E., Ein interessanter Fall von Mesenterialcyste. (Chir. klin., prof. St. Kostlivého, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 5, Nr. 3, S. 222—225.) (Slowakisch.) 35, 755.
Humiston, Chas. E., and Eugene C. Piette, Mesenteric cysts. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 2, S. 93—94.) *
Jakovljević, V., Ein Fall von Lymphangioma cysticum mesenterii. (Serb. Arch. f. inn. Med. Jg. 27, Nr. 5, S. 239—241.) (Serbo-kroatisch.) *
Jaure, G. G., Über die chronische bakterielle Mesenteriolitis. (Chir. Abt., Botkins Krankenh., Chefarzt Dr. Rosanow, Moskau.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 159—174.) (Russisch.) 35, 34.
Kibardin, P., Zur Kasuistik der Darmeinklemmung in einem Schlitze des Mesenteriums. (Eisenbahnkrankenh., Nowo-Nikolajewsk [Sibirien].) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk, S. 344. 1925.) (Russisch.) 33, 315.
Kusnezkij, D., Ein Fall von primärer Totalresektion des S. Romanum bei Volvulus infolge chronischer Mesosigmoiditis. (Permskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 1/2, S. 38—39.) (Russisch.) 34, 32.
López-Dóriga, César, Diagnose und Behandlung der Mesenterialtumoren. (Inst. Rubio, Madrid.) (Rev. española de obstetr. y ginecol. Jg. 10, Nr. 118, S. 425 bis 428.) (Spanisch.) 34, 708.
MacAuley, Charles, Solid tumours of the mesentery. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 37, S. 54—57.) 31, 464.
Melnikov, A., Die Klinik der multiplen Lymphadenitis des Mesenteriums und des Netzes. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 45—56.) (Russisch.) 37, 345.
Michaël, P. R., Thrombosis venae mesentericae. (Heelk. klin., rijks univ., Utrecht.) (Nederl. tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 5, S. 584—588.) (Holländ.) 36, 410.
Morisson, R. A. F., et L. E. Hauvuy, Contribution à l'étude de la mésentérite rétractile. (Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. 82, Nr. 2, S. 243—254.) 31, 926.
Nigrisoli, Pietro, Contributo allo studio dei tumori retroperitoneali e mesenteriali. (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 170—183.) 33, 50.
Paget Lapage, C., and John Morley, Large mesenteric cyst in an infant. (Lancet Bd. 209, Nr. 22, S. 1116.) *
Piergrossi, Lamberto, Sulla mesenterite adesiva e retrattile della loggia sottomesocolica. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 9, S. 195-197.) 33, 384.

Popov, G., Über Mesenterialgeschwülste. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 6, H. 4, Nr. 24, S. 529—548.) (Russisch.) 34, 657.

Razumichin, W. S., Ein Fall von Mesenterialcyste. (Chir. Fak.-Klin., med. Hochschule, Prof. Schaack, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 151. (Russisch.) 35, 34.

Rohde, Carl, Über posttraumatische narbige Prozesse im Mesenterium des Dünndarmes und ihre Beziehungen zum Ileus. (Chir. Klin., med. Akad., Düsseldorf.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 741—748.) 33, 385.

Roldán, Alberto, Seröse Bauchbeckencyste, gestielt, gedreht und in die linke Fläche des Mesenteriums eingebettet. (Anales de la fac. de méd. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 6, S. 515—519.) (Spanisch.) *

Romani, Antonio, Contributo clinico ed istologico allo studio delle cisti del mesentere. (A proposito di una cisti enterogena del mesosigma.) (Clin. chir. operat., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 18, S. 161—169.) 33, 50.

Savinych, A., Über die chylösen Gekrösecysten. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 213—222.) (Russisch.) 38, 313.

Sennels, Aage, Hyperplasie der Mesenterialdrüsen. („Adenitis meseraica.") Eine klinische Studie. (Kommunehosp., Aarhus.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 51, S. 1125—1128.) (Dänisch.) 34, 311.

Shallow, Thomas A., Entero-mesenteric cysts. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 795 bis 800.) 32, 33.

Shaw, William Fletcher, A band formed from an obliterated artery stretching from the mesentery of the ileum to the abdominal wall and transfixing the omentum. (Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. Empire Bd. 32, Nr. 3, S. 551—552.) *

Sofoteroff S., Ein Fall von Chyluscyste mit seröser Cyste des Mesenteriums. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 747—751.) 31, 833.

Talmann, I. M., Über innere Darmeinklemmungen in Mesenterialspalten. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 776—778.) 32, 32.

Wagner, Jerome, Acute mesenteric lymphadenitis following trauma and simulating acute appendicitis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 3, S. 113 bis 114.) 31, 885.

Weber, M., und Janter, Über die klinische Bedeutung der pathologischen (hauptsächlich narbigen) Veränderungen des Mesenteriums. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 56—58.) (Russisch.) 37, 346.

Westman, Axel, A casuistic contribution to the knowledge of the mesenteric and retroperitoneal lymphangiomata. (Surg. dep., hosp., Umeå.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 1, S. 37—49.) 31, 926.

Netz.

Bernadet, Georges, Kyste séreux du grand épiploon. (Gynécol. et obstétr. Bd. 9, Nr. 5, S. 374—376.) 32, 765.

Cowell, Ernest, Abdominal torsion of the omentum. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 738—751.) 32, 33.

Elischer, Ernö, Über entzündliche Netzgeschwülste. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 23, S. 542—543.) (Ungarisch.) 32, 413.

Goldschmidt, W., Epiploitis und entzündlicher Netztumor. (Rothschildspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 20, S. 530—532.) 32, 413.

Goldschmidt, Waldemar, und Wilhelm Schloß, Bemerkungen über die Funktion des großen Netzes und des Bauchfells. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 37, S. 1006.) 33, 382.

Groves, W. R., Torsion of an omental tag. (Kynston district hosp. Victoria.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 21, S. 607.) *

Gucci, Giuseppe, La diagnosi della torsione del grande epiploon. (Rev. osp. 1925, Nr. 9.) 33, 814.

Holm, Erik, Ein Fall von Epiploitis tumefaciens. (Bispebjerg hosp., Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 42, S. 912—913.) (Dänisch.) *

Jakowleff, I. I., Primäres Endothelioma carcinomatodes des großen Netzes. (Inst. z. Fortbild. v. Ärzten, gynäkol. Klin., Prof. Jakowzeff, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i ženskich bolcznej Bd. 35, H. 1, S. 37—46.) (Russisch.) 35, 113.

Kister, A., Das cystische Lymphangiom des Netzes. (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 9, S. 94—105.) (Russisch.) *

Marinacci, Sertorio, Cisti ematiche del grande epiplon. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 10, S. 344—346.) 31, 751.

Matolay, G., Über die entzündlichen Netzgeschwülste. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 23.
Matolay, György, Über entzündliche Omentalgeschwülste. (Budapesti orvosi ujság Jg. **23**, H. 40, S. 1205—1207.) (Ungarisch.) **33**, 385.
Melnikov, A., Die Klinik der multiplen Lymphadenitis des Mesenteriums und des Netzes. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. **2**, S. 45—56.) (Russisch.) **37**, 345.
Mullen, Thomas F., Torsion of the great omentum. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 635—641.) **32**, 288.
Pollosson, E., et H. Comte, Torsion abdominale chronique du grand epiploon. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 4, S. 513—520.) **33**, 110.
Rigby, Hugh M., Case of snaring of the caput caeci and appendix by an omental band. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 187—189.) **32**, 615.
Shaw, William Fletcher, A band, formed from an obliterated artery stretching from the mesentery of the ileum to the abdominal wall and transfixing the omentum. (Journ. of obstetr. a. gynaecol. of the Brit. Empire Bd. **32**, Nr. 3, S. 551—552.) *
Skobunowa, A. N., Über die Dermoidcysten des großen Netzes. (Chir. Hospitalklin., Univ., Jekaterinburg, Prof. Kusnetzky.) (Novyj chirurgičeski archiv Bd. **6**, H. 4, S. 551—555.) (Russisch.) **33**, 111.
Ssysjkov-Ssosnovskij, A. G., Ein Fall von petrifizierter primärer Echinokokkusblase des großen Netzes. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 3, Nr. 31, S. 442 bis 444.) (Russisch.) **35**, 828.
Wereščinsky, A. O., Über die Lymphocyten des großen Netzes und des Peritonealexsudates. (Inst. f. Histol. u. Embryol., milit.-med. Akad., Prof. Maximov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **6**, H. 2/3, Nr. 22/23, S.366—383.) (Russisch.) **35**, 34.

Retroperitoneale Abscesse und Geschwülste.

Antonioli, G., Sui lipomi retroperitoneali. (Osp. magg., S. Giovanni B. e d. Città, Torino.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 12, S. 585—591.) **34**, 311.
Barney, J. Dellinger, A case of retroperitoneal cyst. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 20, S. 908—911.) *
Barthels, Claus, Zur Kenntnis der retroperitonealen Lymphcysten. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 2, S. 307—320.) **31**, 926.
Cave, Henry W., Retroperitoneal cysts. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 617—623.) *
Cornioley, Charles, Contribution à l'étude des kystes rétro-péritonéaux. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 12, S. 737—749.) **33**, 485.
Fekete, Gabriel, Retroperitonealer Absceß durch Schußverletzung entstandene Sakralosteomyelitiskomplikation, transsakral eröffnet. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Joyce, J. L., Subperitoneal effusions simulating acute intraperitoneal disease. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 547—553.) **31**, 462.
Ivanov, I. K., Ein Fall von Echinokokkuscyste im retroperitonealen Gewebe des kleinen Beckens, kompliziert durch Aufplatzen der Bauchwunde in der postoperativen Periode. (Tomsk, Sibirien.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 3, Nr. **31**, S. 441—442.) (Russisch.) **35**, 828.
Kerestedjan, E. M., Zur Kasuistik der retroperitonealen Sarkome. (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverl. d. Ukraine, S. 178—184.) (Russisch.) *
Krogius, Ali, Zur Kenntnis der sogenannten retroperitonealen Lipome. (Finska läkaresällskapets handlingar Bd. **67**, Nr. 10, S. 833—853.) (Schwedisch.) **34**, 23.
Lower, William E., and C. C. Higgins, Retroperitoneal hernia. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 4, S. 576—583.) **33**, 521.
Magnani, Leone, Tumori intralegamentari primitivi e tumori retroperitoneali. (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Firenze.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. **3**, H. 5, S. 571—607.) **33**, 273.
Rodziński, Ryszard, Zwei seltene Neubildungen der Bauchhöhle. (Klin. chir., uniw., Lwow.) (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 34, S. 761—763.) (Polnisch.) **33**, 314.
Romani, Antonio, Contributo clinico ed istologico allo studio delle cisti del mesentere. (A proposito di una cisti enterogena del mesosigma.) (Clin. chir. operat., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 161—169.) **33**, 50.
Schneider, E., Zur Klinik des retroperitonealen Hämatoms als Unfallfolge. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 18, S. 975 bis 977.) **32**, 724.

Sosnovski, A., Über retroperitoneale Abscesse nach Blinddarmentzündung. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Odessa.) (Permskij medičinskij žurnal Bd. 2, Nr. 3, 5, S. 83—88.) (Russisch.) *

Stoney, Atkinson, Retro-peritoneal cystis. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 789—791.) *

Tammann, H., Über einen retroperitonealen Tumor. Kasuistischer Beitrag. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 161—164.) *

Westman, Axel, A casuistic contribution to the knowledge of the mesenteric and retroperitoneal lymphangiomata. (Surg. dep., hosp., Umeå.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 1, S. 37—49.) **31**, 926.

Bauchwand, Zwerchfell.

Deutsch, Béla, Fall von 30 Jahre hindurch anhaltendem Singultus. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 3, S. 47—48.) (Ungarisch.) **31**, 174.

Epstein, M. L., Zur Pathologie des Ductus omphalo-entericus. (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Ščegolev, Univ. Odessa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 578—594.) (Russisch.) **36**, 266.

Flesch, Julius, Zur Mechanik und Pathognostik der Bauchmuskeln. (Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. Bd. 59, H. 3/4, S. 140—153.) **37**, 342.

Gergely, Jenö, Indikationen und Ergebnisse der künstlichen Zwerchfellähmung. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 28, S. 673—677.) (Ungarisch.) **33**, 241.

Hedri, Andreas, Beiträge zur Kenntnis der subcutanen Zwerchfellruptur. (Chir. Univ.-Klin., Szeged.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 20, S. 736—737.) **32**, 288.

Hesse, E., Resektion des Diaphragmas bei malignem Tumor. (Chir. Klinik Prof. Hesse, Petersburg.) (Festschrift f. N. Trinkler. Staatsverlag d. Ukraine. S. 184—195.) (Russisch.) **33**, 213.

Heuer, George J., William de W. Andrus and H. Glenn Bell, The experimental transplantation of the diaphragm as an adjunct in the treatment of lesions at the lower end of the oesophagus. Application of the method in a case of carcinoma of the cardiac end of the oesophagus in man. (Surg. serv., gen. hosp., Cincinnati.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 273—286.) **31**. 290.

Jenkinson, Edward L., Lesions of the diaphragm. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 16—19.) **33**, 212.

Kytmanov, A. K., Ein Fall von Zwerchfellstichschnittwunde. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Dr. Polikarpov, Tomsk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 605—606.) (Russisch.) **35**, 829.

Le Wald, Leon Theodore, Some normal variations and pathological conditions of the diaphragm. (Bellevue hosp. med. coll., univ., New York.) (Americ. journ. of roentgenol a. radium therapy Bd. 13, Nr. 5, S. 447—451.) **32**, 411.

Meisezahl, W., Beitrag zur Frage der motorischen Innervation des Zwerchfelles. (Städt. Krankenanst., Breslau-Herrnprotsch.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 142—144.) **33**, 661.

Torkačeva, M., Die chirurgische Bedeutung der Venen des präperitonealen Zellgewebes. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel u. Inst. f. chir. Anat., Dir. Prof. W. N. Ševkunenko.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. 1, S. 182—196.) (Russisch.) **36**, 31.

Laparotomieschnitt und Naht.

Albitzkij, A. P., Über das Aufgehen der Laparotomiewunde. (Chir. Hosp.-Klin., Staatsuniv. Tomsk.) (Izvestija tomskovo gosudarstvennogo universiteta Bd. 73, S. 323—340.) (Russisch.) *

Füth, H., Hilfsschnitt zur Eröffnung der Bauchhöhle in der Linea alba. (Univ.-Frauenklin., Köln.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 31, S. 1725—1727.) **34**, 306.

Goff, Byron H., An analysis of wound union. In 3,000 abdominal incisions based on the woman's hospital classification of wounds and wound union. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 728—739.) **34**, 220.

Jaure, G., Vordere Bauchwand und Enteroptose. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 794—800.) (Russisch.) **35**, 753.

Kolodny, Anatole, Pulmonary complications after laparotomies. The site of hypodermoclysis in relation to them. (Dep. of surg., state univ. Iowa coll. of med., Iowa.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 11, S. 810—812.) **32**, 31.

Lambret, O., et P. Razemon, Les complications pulmonaires dans les interventions abdominales. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 10, S. 335—343.) *

Mark, Hans, Über Bildungen vom Baue der Uterusschleimhaut in einer Laparotomienarbe. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 20, S. 744—745.) **32**, 725.

Meščaninov, A., Zur Methodik des Nahtverschlusses der Diastase der Mm. recti abdominis. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 15/17, S. 1114—1115.) (Russisch.) **36**, 270.
Riedinger, Ist das Zurücklassen eines Gebrauchsgegenstandes bei Operationen in der Bauchhöhle ein Verschulden? (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 15, S. 544—546.) **32**, 832.
Sarnizki, A., Klinische Ergebnisse über den Schnitt der Bauchwand in der Linea alba und nach Pfannenstiel. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 177—179. Ekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**, 306.
Shipley, Arthur M., Broken-down abdominal incisions. A method of closure. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 452—457.) **35**, 753.
Soresi, A. L., The double-deck suture for closing the abdomen. (Greenpoint hosp., Brooklyn.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 3, S. 59—61.) **31**, 30.
Taddei, Domenico, Sulla sutura del peritoneo nelle laparotomie asettiche allo scopo di impedire la formazione di aderenze viscero-parietali. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 107—110.) **32**, 763.
Weber, M., Über das Platzen der operativen Bauchwunde. (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 6, S. 812—816.) (Russisch.) *

Bauchwanderkrankungen.

Allenbach, C., Deux cas rares d'anomalie de la paroi abdominale. (Hôp. Stéphanie, Neudorf.) (Strasbourg méd. Jg. **83**, Nr. 10, S. 328—329.) **33**, 242.
Bessonov, P. P., Ein Fall von Echinokokkus der vorderen Bauchwand. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 438—439.) (Russisch.) **36**, 269.
Blond, Kasper, Zur Kenntnis der Spontanruptur der Arteria epigastrica. (Rothschildspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 51, S. 1352—1354.) **34**, 307.
Bordjoschki, M., Subcutane Ruptur der seitlichen Bauchwand. (Städt. Krankenh., Senta [S. H. S.].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 10, S. 515—517.) **31**, 616.
Culbertson, Carey, Hematoma occurring spontaneously in sheath of rectus abdominis muscle; a consideration of its gynecologic and obstetric significance: Report of two cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1955 bis 1958.) **34**, 306.
Culbertson, Carey, Hematoma occurring spontaneously in the sheath of the rectus abdominis muscle. A consideration of its gynecological and obstetrical significance. With the report of two cases. (50. ann. meet., Washington, 4.—6. V. 1925.) (Transact. of the Americ. gynecol soc. Bd. **50**, S. 122—137.) **36**, 268.
Danforth, W. C., Adenomyoma of the abdominal wall. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **10**, Nr. 5, S. 630—632 u. S. 730—738.) **35**, 754.
Edwards, Charles Reid, and Hugh R. Spencer, Adenomyoma of the umbilicus. (Dep. of surg. a. pathol., univ. of Maryland school of med., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 5, S. 684—689.) **34**, 307.
Eerland, L. D., Blutung in ein Leiomyom des Musculus rectus abdominis. (Vrouwenklin., Rijksuniv., Utrecht.) (Nederlandsch tijdschr. v. verlosk. en gynäkol. Jg. **30**, H. 3, S. 169—181.) (Holländisch.) **34**, 307.
Gamble, H. A., Post-operative infections of the abdominal wall. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **78**, Nr. 4, S. 208—213.) **37**, 668.
Giuliani, Giovanni, Considerazioni cliniche sugli ematomi e sulle raccolte ascessuali della parete addominale. (Clin. chir., univ., Parma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 2, S. 131—166.) **34**, 306.
Heineck, Aime Paul, Massive excision of subcutaneous abdominal fat. An analytical review of the literature. (Frances Willard hosp., Chicago.) (Med. times Bd. **53**, Nr. 2, S. 35—37 u. 49.) **37**, 34.
Hermans, A. G. J., Über Zerreißung und Blutung in der rechten Bauchmuskulatur. (Chir. klin., St. Franciscusgasth., Rotterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 5, S. 467—472.) (Holländisch.) **31**, 616.
Kusnezov, S., Über die angeborenen Nabelfisteln. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Jaroslawl, Prof. Tichonowič.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 324—328.) (Russisch.) *
Lemon, Willis S., and Arthur E. Mahle, Ectopic adenomyoma: Postoperative invasions of the abdominal wall. (Sect. on med., Mayo clin., Rochester.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 1, S. 150—162.) **31**, 93.
Magaton, Oddo, Due tumori del legamento inguinale. (Div. chir. femminile, osp. civ., Padova.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 5, S. 495—504.) **33**, 243.
Mtvarelidse, Sch., Über einen Fall von Abgang von Knochenteilen der Frucht durch eine Bauchwandfistel. (Chir. Abt., Alexander-Krankenh., Korostenj.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 15/17, S. 1174—1175.) (Russisch.) **36**, 269.

Petresco, Georges, et Marie Novleano, Le fibrome de la paroi abdominale. (II. clin. chir., univ., Jassy.) (Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 5, S. 486—498.) **35**, 111.
Reder, Francis, Tumor of abdominal wall. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1281—1287.) *
Rosenstein, Walter, Zur Kasuistik und Ätiologie der Adenofibrose in Laparotomienarben. (Israel. Krankenh., Breslau.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 70, H. 5/6, S. 297—302.) **34**, 307.
Rossichin, M., Zur Kasuistik chirurgischer Erkrankungen durch Rundwürmer. (Wratschebnaja gaseta Jg. 29, Nr. 5, S. 123.) (Russisch.) **33**, 243.
Schwarz, Egbert, Über symmetrische Dermoide der Bauchdecken. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 10, S. 513—515.) **31**, 617.
Sonntag, Über das Fibrom der Bauchdecken (sogenanntes „Desmoid"). (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 8, S. 301 bis 302.) **31**, 616.
Stern, E., Durchbruch eines Lienalabscesses durch die äußere Abdominalwand. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. 29, H. 1, S. 44—46.) *

Bauchfell, subphrenischer Raum.

Anatomie, Physiologie, Pathologie des Peritoneums.

Bonfanti, Rarissima lesione traumatica del peritoneo. (Pad. chir. d'urgenza, osp. magg., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. 14, H. 1, S. 47 bis 50.) **32**, 456.
Carmona, Luigi, Le alterazioni del peritoneo e della parete addominale provocate da urine e da feci. (Istit. di patol. chir., univ., Palermo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 117—149.) **32**, 832.
Delore, X., J. Creyssel et J. de Rougemont, Sur deux modes larvés de réaction péritonéale en chirurgie gastrique (circulus vitiosus et dilatation gastrique aiguë) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 6, S. 405—421.) **32**, 836.
Eumi, C., Caractères particuliers des grandes affections péritonéales de l'enfant. (Pédiatr. prat. Jg. 22, Nr. 25, S. 227—231.) *
Fischelsohn, J., Experimentelle Untersuchungen über intraperitoneale Blutergüsse. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov. a. D., Sitzg. v. 23. bis 26. IX. 1925, S. 279—281.) (Russisch.) **37**, 110.
Gardner, W. C., Abdominal drainage. (Cincinnati med. journ. 6, S. 5.) **33**, 481.
Goldschmidt, Waldemar, und Wilhelm Schloß, Bemerkungen über die Funktion des großen Netzes und des Bauchfells. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Univ. Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 37, S. 1006.) **33**, 382.
Klein, William, Absorption of toxins from the peritoneal cavity. (Bronx hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 3, S. 56—59.) **31**, 833.
Lynch, Hardie, Anomaly of peritoneum. (Nat. soldiers' home hosp., Sawtelle.) (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 11, S. 655.) **34**, 308.
Mayersbach, Leopold v., Zur Diagnostik spontaner intraperitonealer Bauchblutungen. (Landeskrankenh., Knittelfeld, Steiermark.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 47, S. 2597—2598.) **33**, 812.
Merlini, A., Sulla reazione specifica peritoneale di Sgambati nelle urine. (Istit. e clin. di patol. chir., univ., Torino.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 4, S. 173—180.) **32**, 286.
Okunev, N. W., Zur Pathologie der intraperitonealen Absorption. (Pathol. Inst., Prof. Aničkov, Leningrad.) (Verhandl. d. 1. russ. Pathol.-Kongr. in Leningrad, S. 240—247.) (Russisch.) **35**, 893.
Oselladore, Guido, Sull'assorbimento di sospensioni granulari da parte del peritoneo. (Istit. di patol. gen., univ., Padova.) (Arch. per le scienze med. Bd. 47, Nr. 4, S. 197—227.) **33**, 811.
Prima, C., Über die Schutzvorrichtungen des Bauchfells. (Eesti arst Jg. 4, Nr. 1, S. 5—8.) **31**, 94.
Reid, Douglas G., A peritoneal sac containing the small intestine; comments on kink of the ileum. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 400—401.) **31**, 682.
Reimer, H., Spastischer Darmverschluß bei intraperitonealen Blutungen. (Städt. Krankenh. Charlottenburg-Westend.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 185, H. 3/4, S. 520 bis 541.) **32**, 145.
Remisow, A. A., Zur Frage von der Resorption von Lösungen von der Bauchhöhle aus. (Chir. Fak.-Klin., I. Staatsuniv., Dir. Prof. Spizarny, Moskau.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 15, S. 80—88.) (Russisch.) **35**, 378.

Roth, Hans, Fremdkörpereinheilung mit Kautschukkolloidbildung im Peritoneum. (Städt. Krankenh., Karlsruhe.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **32**, S. 110 bis 113.) **33**, 110.

Scontrino, Alberto, L'etere nelle laparotomie non asettiche. (Ricerche sperimentali.) (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Roma.) (Arch. di ostetr. e ginecol. Bd. **12**, Nr. 4, S. 145 bis 185.) **33**, 271.

Sencert, Louis, Syndromes péritonéaux. Notions élémentaires d'anatomie et physiologie pathologique. (Strasbourg méd. Bd. **1**, Nr. 24, S. 674—676.) *

Solieri, Sante, Peritoneo ed immunità locale. (Sez. chir., osp. G. B. Morgagni, Forlì.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 111—116.) **32**, 601.

Sorrentino, Michelangelo, Di una specifica reazione cromogena delle urine nelle lesioni peritoneali acute. (Osp. d. Pellegrini, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 21, S. 496—497.) **34**, 779.

Ssokolovskij, M. P., Beiträge zur Frage über Resorption der Bakterien aus der Bauchhöhle. (Inst. f. allg. Pathol., Prof. Bogomoletz, Univ. Ssaratov.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 12, S. 20—41.) (Russisch.) **35**, 894.

Torkačeva, M., Die chirurgische Bedeutung der Venen des präperitonealen Zellgewebes. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel u. Inst. f. chir. Anat., Dir. Prof. W. N. Ševkunenko.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. **1**, S. 182—196.) (Russisch.) **36**, 31.

Vereščinsky, A., Über die Heilung von Peritonealwunden. (Chir. Klin., Prof. Girgolaff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 109 bis 114.) (Russisch.) **35**, 234.

Vogt, E., Über den Geruch bei der klinischen Diagnose von intraperitonealen Blutergüssen. (Univ.-Frauenklin., Tübingen.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 22, S. 804 bis 805.) **33**, 812.

Wereschinski, A., Über die Innervation intraperitonealer Verwachsungen. (II. chir. Klin., med. Akad., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 39 bis 47.) **32**, 456.

Wereščinsky, A. O., Über die Lymphocyten des großen Netzes und des Peritonealexsudates. (Inst. f. Histol. u. Embryol., milit.-med. Akad., Prof. Maximov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **6**, H. 22/23, S. 366—383.) (Russisch.) **35**, 34.

Falten des Peritoneums, Jacksonsche Membran, Lanesche Schleife, Pericolitis membranacea. Intraperitoneale Adhäsionen.

Bessesen, Daniel H., The symptomatology, clinical picture and differential diagnosis of intraperitoneal adhesions. (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 7, S. 425—427.) *

Bessesen, Daniel H., The occurrence, etiology and pathogenesis of intraperitoneal adhesions. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 10, S. 244—246.) *

Borovskij, P. F., Über intraperitoneale Membranen und Bänder und ihre klinische Bedeutung. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Taškent, Prof. Borovskij.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 12, S. 41—46.) (Russisch.) **35**, 827.

Charles, J., Les replis duodénaux. (Laborat. d'anat., fac. de méd., Nancy.) (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 2, S. 49—60.) **31**, 684.

Costantini, Paolo, Ileo per invaginazione tiflo-colica favorita da pericolite membranosa. Note sulla patogenesi e sulla cura. (Osp. civ., Gallarate.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 30, S. 1046—1053.) **33**, 63.

Doberer, Das Krankheitsbild der adhäsiven Gastritis. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 685.

Gála, C., Öl gegen Peritonealadhäsionen. (Tschechoslov. chir.-gynaekol. Ges., Brünn, Sitzg. v. 16. V. 1925.) (Rozhledy v chir. a. gynaekol. Jg. **4**, H. 1, S. 43—45.) (Tschechisch.) **36**, 197.

Gibson, Charles L., and Arthur L. Holland, The Harris bands. (New York hosp.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 1, S. 175—183.) **32**, 32.

Hibbitt, Charles W., Intraabdominal and intrapelvic adhesions, postoperative and otherwise. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 1, S. 1—4.) *

Kräuter, R., Experimentelle und klinische Erfahrungen mit Humanol zur Verhütung postoperativer Adhäsionen. (Univ.-Frauenklin., Freiburg i. Br.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **68**, H. 2/3, S. 133—138.) **31**, 750.

Lifschitz, M. J., Zur Frage der intraabdominellen Verwachsungen vom konstitutionellen Standpunkte aus. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **35**, H. 1/2, S. 58 bis 71.) **33**, 273.

Lockwood, Chas. B., Four cases of chronic intestinal obstruction due to inflammatory adhesions. (Internat. clin. Bd. **4**, Ser. 35, S. 149—154.) **37**, 826.

Lossen, Heinz, Die Peritonitis adhaesiva traumatica. Ein Beitrag zur Ätiologie interabdomineller Verwachsungen. (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 1, S. 69—76.) **31**, 548.
Lukomskij, I., Die Pilocarpinprobe bei intraabdominellen Verwachsungen. (Chir. propädeut. Klin., I. Univ. Moskau, Prof. Herzen.) (Vestnik sowremennoi mediciny Jg. 2, Bd. 2, Nr. 4, S. 13—14.) (Russisch.) **33**, 663.
Makai, Über angeborene peripylorische Membranen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15—18. IV. 1925.) **31**, 686.
Naumann, Hermann, Die biologische Behandlung der Adhäsionen mit besonderer Berücksichtigung des Fermentabbaues. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 1—41.) **31**, 461.
Neff, Frank C., and Russell L. Haden, Congenital transduodenal bands. (School of med., Kansas state univ., Kansas city.) (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 30, Nr. 1, S. 82—86.) *
Prima, C., Zur Verhütung der postoperativen Bauchfellverwachsungen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 17, S. 930—933.) **32**, 32.
Rostock, Paul, Experimentelle Untersuchungen über die Verhütung von Adhäsionen in der Bauchhöhle. (Chir. Univ.-Klin., Jena.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 589—610.) **32**, 764.
Taddei, Domenico, Sulla sutura del peritoneo nelle laparotomie asettiche allo scopo di impedire la formazione di aderenze viscero-parietali. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 107—110.) **32**, 763.
Vereščinskij, A., Über die Klassifikation der Bauchfellverwachsungen. (Propädeut. chir. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Girgolav.) (Festschr. z. 25jährigen Amtsjubiläum v. Prof. L. L. Okincitz, Leningrad 1924, S. 316—323.) (Russisch.) **37**, 175.
Vereščinski, A. O., Die Klassifikation intraperitonealer Verwachsungen. (Chir. Klin., Prof. Girgolaff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 554.) (Russisch.) **35**, 235.
Vereščinskij, A. O., Beiträge zur Frage über Innervation der intraabdominalen Verwachsungen. (Chir. Prop. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Girgolav, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 84—91.) (Russisch.) **35**, 561.
Wereschinski, A., Über die Klassifikation intraperitonealer Adhäsionen. (II. chir. Klin., med. Akad., Leningrad.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 255, H. 1/2, S. 196—205.) **31**, 833.
Wereschinski, A., Über die Innervation intraperitonealer Verwachsungen. (II chir. Klin., med. Akad., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 39—47.) **32**, 456.
Wereschinski, A., Beiträge zur Morphologie und Histogenese der intraperitonealen Verwachsungen. (Leipzig: F. C. W. Vogel 1925. 134 S. u. 13 Taf. RM. 20.—.) **33**, 382.
Zaffagnini, Angelo, Sindrome occlusiva periodica da membrana di Jackson. Nota clin. (Sez. chir., osp. magg., Bologna.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 7, S. 148—151.) **32**, 145.

Peritonitis außer Pneumokokken- und Typhusperitonitis und Tuberkulose des Peritoneums.

Abramovič, F. V., Über die den Darmtraktus inkapsulierenden chronischen Peritonitiden. (Krankenh., Mosyr.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 507—516.) (Russisch.) **35**, 562.
Acker, E. van, und J. Valcke, Über chirurgische Abdominaldrainage. (Gynaekol. klin., Hoogeschool, Gent.) (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 51/52, S. 737 bis 768.) (Flämisch.) **34**, 308.
Arnett, A. C., The surgical treatment of general peritonitis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 11, S. 413—416.) **34**, 308.
Babcock, W. Wayne, Factors in the management of peritonitis. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 181—191.) *
Blaxland, A. J., Jejuno-colostomy in the treatment of acute spreading peritonitis. (Brit. med. journ. Nr. 3362, S. 1037.) **32**, 412.
Boljarskij, N., Perforative Peritonitiden und ihre Behandlung. Ätheranwendung bei Peritonitis. (Pirogovsches Krankenh., Winniza.) (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 29—30. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **34**, 657.
Budde, Werner, Über Darmlähmung bei Peritonitis. (Physiol. Inst. u. Chir. Klin., Univ. Halle a. S.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 486—513.) **31**, 683.
Cambresier, La lymphaticostomie. (Hôp. milit., Liége.) (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 4, S. 153—157.) **34**, 309.
Caporali, Corrado, Contributo allo studio della reazione dello Sgambati. (Osp. riuniti [incurabili], Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 28, Nr. 24, S. 386—389.) **34**, 508.

Chodezky, G. W., Zur Frage über die rationelle Methodik der prophylaktischen und therapeutischen Anwendung des Äthers bei Bauchfellentzündung. (Gynäkol. Klin., Inst. z. Fortbild. v. Ärzten, Prof. Kiparsky u. pathol. Inst., milit.-med. Akad., Prof. Anitschkoff, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **36**, H. 3, S. 248—258.) (Russisch.) **35**, 112.
Choquard, L., Un cas de péritonite généralisée par pancréatite aiguë. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 9, S. 590—593.) **33**, 110.
Cohn, Bruno, Bruchsackperitonitis. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 45, S. 2526 bis 2528.) **33**, 902.
Cooke, Arthur, Lymphaticostomy in peritonitis. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 50, S. 309—313.) **33**, 484.
Cox, H. Hoyt, and Lewis Barclay Bell, Drainage of the thoracic duct in experimental peritonitis. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 5, S. 911—916.) **32**, 286.
Esau, Paul, Akut-entzündliche Bauchhöhlenerkrankungen unter dem Bilde der Peritonitis im Bruchsack. (Kreiskrankenh., Oschersleben-Bode.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 32, S. 1762—1764.) **32**, 765.
Gardner, W. C., Abdominal drainage. (Cincinnati med. journ. **6**, S. 5.) **33**, 481.
Glasstein, I., Zur Diagnostik und chirurgischen Behandlung ileotyphöser perforativer Peritonitiden. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 30—32. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **34**, 657.
Gordon, Lennox, Peritonitis. (New Somerset hosp., Cape Town.) (South African med. record Bd. **23**, Nr. 10, S. 210—213.) **32**, 457.
Gorescu, C., und C. Popescu, Septicämie und perakute Peritonitis durch einen hämolytischen Streptokokkus. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 7, S. 663—665.) (Rumänisch.) *
Gurewitsch, G., Zur Frage der Peritonitis serosa acuta. (Chir. Abt., städt. Krankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 14, S. 744—747.) **31**, 832.
Gutnikoff, B., Über Äthereingießungen in die Bauchhöhle, prophylaktisch und bei diffusen eitrigen Entzündungen des Bauchfelles. (Chir. Univ.-Klin., Rostow a. Don.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 11, S. 574—578.) **31**, 548.
Gutnikov, B., Über die Einführung von Äther in die Bauchhöhle bei diffuser eitriger Peritonitis. (Verhandl. d. **16**. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 409 bis 416.) (Russisch.) **34**, 21.
Gutnikov, B., Über das Eingießen von Äther in die Bauchhöhle als prophylaktische Maßnahme und bei diffuser eitriger Peritonitis. (Chir. Klin., Univ. Rostov a. D., Dir. Prof. Bogorof.) (Izvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. **5**, S. 113—135.) (Russisch.) **36**, 456.
Handley, W. Sampson, Acute „general" peritonitis and its treatment. (Royal coll. of surg. of England, London.) (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 417 bis 434.) **31**, 176.
Holman, Jerome E., Generalperitonitis. (Nat. eclectic med. assoc. quart. Bd. **16**, Nr. 4, S. 241—245.) *
Holzbach, Ernst, Vom Wesen der Bauchfellentzündung. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Jg. **16**, H. 7, S. 12—17.) *
Hübener, Hans, Sekundäre Enterostomie bei Peritonitis und Ileus. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 93 bis 102.) **32**, 765.
Huggins, R. R., The relation of postoperative peritonitis to periodic epidemics of infection. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **9**, Nr. **6**, S. 819—823 u. 868 bis 877.) **32**, 602.
Jaminsky, W. J., Über Peritonitis aus unbekannter Ursache. (Chir. Abt., Moskauer Krankenh. d. Eisenbahn Moskau—Kursk, Chef Prof. Terebinsky.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 15, S. 89—99.) (Russisch.) **35**, 32.
Jones, J. Gaymer, A method of treating severe grades of peritonitis. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 2, S. 222—225.) **32**, 412.
Isler, Walter, Zur Behandlung der Perforationsperitonitis. (Krankenanst., Frauenfeld.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 51, S. 1158—1159.) **35**, 378.
Karehnke, Gerhard, Vagabondierendes Erysipel als Ursache der Peritonitis acuta serosa. (Melchior.) (Städt. Krankenh., Danzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 27, S. 1466—1468.) **32**, 601.
Koch, Konrad, Zur Ätiologie der akuten serösen „idiopathischen" Peritonitis. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 23, S. 1240 bis 1244.) **32**, 411.
Körte, W., Die Entwicklung der chirurgischen Behandlung der Peritonitis. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **22**, Nr. 19, S. 585—588 u. Nr. 20, S. 620—623.) *

Kümmell sen., Hermann, Gibt es eine idiopathische seröse Peritonitis? (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 61, H. 4, S. 356—363.) **33**, 663.
Lehman, Edwin P., and Glover H. Copher, Lymphaticostomy. An experimental and clinical study of thoracic duct drainage in general peritonitis. (Dep. of surg., Washington univ. school of med., a. city hosp., St. Louis.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 742—750.) **31**, 683.
Ligin, S. W., Zur Frage über perforative Peritonitis. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 24—28. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**, 508.
Loveland, John E., A method of inducing the small intestine partially to function during the course of acute diffuse peritonitis. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 424—425.) **31**, 683.
McGauley, F. F., Important symptom of perforation with free fluid in abdomen. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 10, S. 472—474.) **32**, 145.
McGuire, Louis D., Drainage of the thoracic duct in peritonitis. (Div. of exp. surg. a. pathol., Mayo found., Rochester.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 626—630.) **32**, 603.
Madrid, Alberto, Pourquoi nous employons la technique du drainage à la Mikulicz de J.-L. Faure. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 77, S. 1289—1290.) **33**, 483.
Makai, Endre, Die akute Bauchfellentzündung. (Therapia Jg. 2, Nr. 1, S. 25—29.) (Ungarisch.) *
Makay, Endre, Akute Peritonitis. (Therapia [Bratislava] Jg. 4, H. 5, S. 1—5.) (Tschechisch.) *
Mandelstamm, A. E., Ätherinjektion in die Bauchhöhle als Prophylaxe und Therapie der Peritonitis. (Gynäkol. Klin., Inst. z. Fortbild. v. Ärzten, Vorstand Prof. Kiparski, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. 35, H. 4, S. 66 bis 79.) (Russisch.) **35**, 111.
Martin, Ed., Die Behandlung von Eiterherden in der Bauchhöhle. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 17, S. 898—899.) **32**, 603.
Melchior, Eduard, Zur Indikationsstellung der sekundären Enterostomie bei Peritonitis und Ileus. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 37, S. 2050—2051.) **33**, 49.
Myers, B. L., Peritonitis ossificans. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 640 bis 641.) **34**, 308.
Narat, Joseph K., Die Behandlung der Peritonitis mit intraabdominalen Injektionen von hypertonischer Glucoselösung. (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 429—436.) **31**, 750.
Nather, Carl, and E. W. Alton Ochsner, Douglas abscess following the closed treatment of peritonitis. (Surg. clin., univ., Zürich.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 258—263.) **31**, 548.
Oudard et Jean, Pourquoi meurt-on de péritonite aiguë généralisée d'origine viscérale? (Arch. de méd. et pharmacie navales Bd. 115, Nr. 1, S. 26—63.) *
Prima, C., Zur Beurteilung der Peritonitis serosa acuta (idiopathica). (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 10, S. 526—528.) **31**, 548.
Pringle, Seton, Jejunostomy in acute general peritonitis. (Lancet Bd. 208, Nr. 17, S. 869—871; Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 41, S. 259—264.) **32**, 287. **32**, 412.
Puccinelli, V., Peritoniti acute. Prefazione del R. Bastianelli. (Bologna: L. Cappelli 1925. 300 S. L. 35.—.) *
Pyschnov, S. P., Über Erweiterung der Indikationen zum vollständigen Verschluß der Bauchhöhle bei Infektionen. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 460.) (Russisch.) **34**. 21.
Ransohoff, J. Louis, and J. Victor Greenebaum, Acute hematogenous streptococcic peritonitis in children. (Pediatric serv., Cincinnati gen. hosp., univ., Cincinnati.) (Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 5, S. 315—323.) **33**. 49.
Schönbauer, Leopold, Über Peritonitis und Ileus. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 295—307.) **33**. 663.
Silberberg, J., Zur Frage über perforative Peritonitis. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 8—18. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**. 509.
Steinberg, Bernhard, Drainage of the thoracic duct in experimental peritonitis. (Dep. of pathol., school of med., Western reserve univ., Cleveland.) (Journ. of exp. med. Bd. 42, Nr. 1, S. 83—88.) **32**, 765.
Szamgorodskij, K., Zur Lehre über die Perforationsperitonitiden. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 18—22.) (Russisch.) *

Wagner-Hohenlobbese, E., Zur Technik der Douglasdrainage. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 6, S. 319.) **31**, 751.
Whiteford, C. Hamilton, Lymphaticostomy for peritonitis. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 50, S. 302—308.) **33**, 483.
Wildegans, Hans, Die chirurgische Behandlung der infektiösen diffusen Peritonitis. (Krankenh. a. Urban, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 45, S. 1673—1675.) **33**, 812

Pneumokokkenperitonitis.

Hagedorn, Die Pneumokokkenperitonitis. (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 3, S. 391—395.) **33**, 271.
Montgomery, Albert H., Primary pneumococcus peritonitis in children. (Surg., gynecol a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 6, S. 798—803.) **34**, 91.
Wolfsohn, Georg, Über Pneumokokkenperitonitis. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 44, S. 1638—1642.) **33**, 813.

Tuberkulose des Peritoneums.

Bazán, Florencio, und Alfredo Casaubón, Über einen Fall von tuberkulöser Peritonitis der fibrös-käsigen Form mit Heilung durch Laparotomie. (Arch. latinoameric. de pediatria Bd. **19**, Nr. 11, S. 1272—1277.) (Spanisch.) *
Bradfield, E. W. C., Abdominal tuberculosis in Indian practice. (Gen. hosp., Madras.) (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 6, S. 249—252.) **32**, 458.
Canelli, Adolfo, F., Di due casi di pneumo-peritoneo curativo nella peritonite tubercolare ascitica dell'infanzia. (Clin. pediatr., univ., Torino.) (Prat. pediatr. Bd. **2**, Nr. 2, S. 39—42.) **32**, 286.
Castex, M. R., N. Romano und R. A. Eyherabide, Abgekapselte suprahepatische tuberkulöse Peritonitis, eine Echinokokkuscyste vortäuschend. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **6**, Nr. 5, S. 287—305.) (Spanisch.) *
Contarini, Francesco, Insufflazioni di ossigeno nella peritonite essudativa tubercolare. (Osp. civ., Udine.) (Tubercolosi Bd. **17**, Nr. 9, S. 324—329.) **34**, 708.
Crespo Alvarez, Dacio, Die peritoneale und intestinale Tuberkulose als Ursache von Darmverschluß. (Clin. castellana Bd. **31**, Nr. 1, S. 1—10.) (Spanisch.) **33**, 343.
Falcone, Roberto, Osservazioni su alcuni casi di tubercolosi peritoneale. (Osp. civ., Cosenza.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 26, S. 605—606.) **33**, 664.
Fritz, A., Zur Behandlung der exsudativen Form von Peritonealtuberkulose mit Pneumoperitoneum. (Präsident Schober-Stiftung f. Polizeibeamte, Wien.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 22, S. 814—816.) **33**, 384.
Gönczy, István, Retentionscyste, unter dem Bilde einer tuberkulösen Peritonitis verlaufend. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 36, S. 861—863.) (Ungarisch.) **33**, 273.
Gönczy, István v., Im Bilde einer tuberkulösen Peritonitis verlaufender Fall von riesiger Retentionscyste der Niere. (III. med. Klin., Univ. Budapest.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 50, S. 1885—1886.) **34**, 734.
Grewal, Rajinder S., Treatment of some abdominal conditions with inflation of oxygen gas. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 9, S. 421—423.) **34**, 585.
Henszelmann, Aladár, Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung mit Novasurol. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 37, S. 890—892.) (Ungarisch.) **33**, 384.
Maestrini, D., Intorno ad un nuovo metodo di cura della peritonite tubercolare essudativa. (Pneumoperitoneo.) Nota prev. (Osp. civ. di S. Antonio Abate, Teramo.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 35, S. 827—828.) **34**, 510.
Nobécourt, Les premières phases cliniques de la péritonite tuberculeuse chez les enfants. (Clinique Jg. **20**, Nr. 50, S. 303—307.) *
Országh, Oszkár, Die Behandlung der tuberkulösen Bauchfellentzündung mittels Pneumoperitoneum. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 11, S. 223—224.) (Ungarisch.) **31**, 750.
Razzaboni, Giovanni, La tubercolosi ipertrofica isolata della appendice vermiforme nel decorso della peritonite tubercolare ascitica. (Istit. di patol. spec. chir. dimostrativa, univ., Parma.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 41, S. 965—967.) **33**, 593.
Saidman, Jean, Le traitement de la péritonite tuberculeuse par les rayons ultraviolets. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 43, S. 693—696.) **35**, 15.
Sartorelli, Emilio, La tintura d'iodio per via endoperitoneale nella peritonite tubercolare. (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 29, S. 1009—1011.) **32**, 833.
Valerio, Americo, Die Tuberkulose des Bauchfelles. (Clin. cir., fac. de med., Rio de Janeiro.) (Brazil-med. Bd. **1**, Nr. 5, S. 57—58.) (Portugiesisch.) **33**, 485.

Gallige Peritonitis.

Boll, André, Contribution à l'étude des péritonites biliaires avec intégrité apparente des voies biliaires. (Clin. chir. B, fac. de méd. Strasbourg.) (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 3, S. 83—100.) 83, 50.
Cassownikow, P., Gallenperitonitis. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 33—34.) (Russisch.) 84, 510.
Cope, Zachary, Extravasation of bile. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 120 bis 129.) 82, 601.
Hickel, Paul, Péritonite biliaire sans perforation apparente des voies biliaires. Intervention. Guérison. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 13, S. 430—431.) *
Marinacci, Sertorio, Coleperitoneo con integrità apparente delle vie biliari. (Osp. S. Giacomo, Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 41, S. 1422—1424.) 84, 510.
Nowicki, S., Die von den Gallenwegen ausgehende Peritonitis. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 26—30 u. 32—35.) (Polnisch.) 85, 180.
Sohn, Adolf, Tödliche gallige Peritonitis nach Punktion des Choledochus. (Städt. Krankenh. St. Georg, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 46, S. 2578 bis 2581.) 83, 813.

Subphrenische Krankheiten.

Berman, Jacob K., Subphrenic abscess. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 6, S. 217—221.) 83, 272.
Ciminata, Antonio, Su due casi di ascesso subfrenico. (Considerazioni di terapia chirurgica.) (III. pat. chir., policlin. Umberto I, Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 3, S. 137—150.) 81, 832.
Dexter, Richard, Observations on the diagnosis of subphrenic abscess. (St. Alexis hosp., Cleveland.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 6, S. 810 bis 831.) 84, 510.
Grossmann, S. A., Zur Frage über linksseitige subdiaphragmale Gasabscesse. (Med. Fak.-Klin., med. Hochsch., Odessa, Prof. Buchstab.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 252—259.) (Russisch.) 83, 49.
Heidenreich, A. J., und R. L. Repetto, Betrachtungen über einen subphrenischen Absceß durch Ruhramöben. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 6, Nr. 5, S. 275 bis 279.) (Spanisch.) 87, 432.
Kimbarovskij, M., Zur Kasuistik der subdiaphragmalen Abscesse. (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij zurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 226—230.) (Russisch.) 87, 890.
Korčitz, E., Zur Differentialdiagnostik des subdiaphragmalen Abscesses und eines Abscesses der Leber. (Krankenh., Ssamarkand.) (Turkestanski medicinskij žurnal Jg. 4, Bd. 4, Nr. 8, S. 465—475.) (Russisch.) 85, 405.
Korčitz, E. W., Zur Differentialdiagnose zwischen Abscessus subdiaphragmatis und Abscessus hepatis. (Verhandl. d. ärztl. Ges. in Taschkent 1925.) (Russisch.) 85, 519.
Lipscher, Mór, Über subphrenische Abscesse. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 149—152.) (Ungarisch.) *
McGlannan, Alexius, Amebic abscess of the liver. Report of a case complicated by subphrenic abscess. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 26, S. 1976 bis 1979.) *
Narciso, Armando, Gasabsceß unterhalb des Zwerchfells oder Pyopneumothorax abdominalis (Leyden) mit Eventration des Zwerchfelles. (Clin. méd., fac. de méd. univ., Lisboa.) (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 4, S. 184—197.) (Portugiesisch.) *
Nather, Karl, Die subphrenischen Abscesse. Referat über die Zeit von 1905—1924.) (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 437—474.) 83, 111.
Orsós, Eugen, Modifikation der transpleuralen Eröffnung des subphrenischen Abscesses. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 30, S. 1637 bis 1640.) 83, 49.
Orsós, Jenö, Modifikation bei der transpleuralen Eröffnung des subphrenischen Abscesses. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 31, S. 746—748.) (Ungarisch.) 83, 49.
Tuft, Louis, Subphrenic abscess: A clinical study. (Med. a. surg. wards, Mt. Sinai hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 3, S. 431 bis 441.) 83, 111.

Ascites, Chyloperitoneum.

Balinskij, W. I., Ein Fall von Kalbscher Operation. (Chir. Abt., Krankenh., Slawjansk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 150.) (Russisch.) 85, 33.

Kehrer, J. K. W., Zwei Fälle von Ascites, behandelt mit Anastomosierung der Vena saphena magna mit der Peritonealhöhle. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. **65**, H. 1, S. 55—56.) (Holländisch.) **32**, 764.

Krassovitov, K. P., Zur Frage über eine neue Methode der chirurgischen Ascitesbehandlung. (Voskressensk, Moskauer Gouvern.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 3, Nr. 31, S. 422—427.) (Russisch.) **35**, 506.

Melchior, Eduard, Zur Beurteilung des Ascites bei nichteitriger Pfortaderthrombose. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 19, S. 774 bis 776.) **32**, 412.

Yokota, K., Eine neue Methode zur Bildung der Kollateralbahnen des Pfortadersystems (Omentum majus) mit dem Hohladersystem (Bauchwand) sowie zur permanenten Drainage der Ascitesflüssigkeit ins subcutane Gewebe (partielle Verlagerung des großen Netzes ins subcutane Bindegewebe mit vollständiger Erhaltung seiner Blutzirkulation). (I. chir. Klin., kais. Univ. Kioto.) (Arch. f. japan. Chir. **2**, H. 6.) **35**, 252.

Peritoneales Pseudomyxom.

Scheffelaar Klots, Th., Das Pseudomyxoma peritonei. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 19, S. 2112—2125.) (Holländisch.) **32**, 287.

Echinokokkus der Bauchhöhle.

Marcialis, G., La diagnosi dell'echinococco addominale. (Sassari: Tip. G. Gallizzi 1925. XLIX, 426 S.) *

Schmigelskij, N. P., 2 seltene Fälle von Echinococcus hydatidosus multiplex der Bauchhöhle. (Krankenh., Svenigowdsk, Kreis Ševčenko.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **9**, H. 1, Nr. 33, S. 98—101.) (Russisch.) **35**, 565.

Geschwülste und Pseudogeschwülste des Peritoneums.

Crowdy, C. T., Primary endothelioma of the peritoneum. (Pathol. inst., McGill univ., Montreal.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **45**, Nr. 2, S. 196—198.) **31**, 549.

Hernien.

Übersichtsreferat.

Von

P. Janssen, Düsseldorf.

1. *Allgemeines.*

Das häufige Auftreten von Hernien in der Hungerszeit in Rußland gab Gussynin (Ssamara) Gelegenheit zu anatomisch-physiologischen Ermittlungen. Er sieht das primäre Moment für das Entstehen der Brüche in Veränderungen des interstitiellen Gewebes; durch das Hungern läßt sich eine Lockerung des fibrofascialen Gewebes nachweisen, gleichzeitig mit einer ödematösen Durchtränkung. Weiterhin geraten die Organe ins Gleiten nach unten, besonders in die Leistengegend, die Excavatio vesico — und utero-rectalis. Dazu tritt die Belastung der Darmschlingen durch unverdauliche Nahrungssurrogate. Auf diese Weise wird der obere Teil der Bauchhöhle enger, der untere gewinnt an Raum und die Atonie der erschöpften Inspirationsmuskeln unterstützt den Vorgang. Gleichzeitig verschwindet das im Bereiche der Bruchpforten sonst so reichliche Fettgewebe, das Peritoneum liegt der Fascia transversa direkt auf und durch die Wirkung rein physiologischer Kräfte kommt das Durchtreten des Bauchfells zustande.

In einer Studie über die Entstehung und die Natur der Hernien wirft Keith die Frage auf, weshalb gerade der Mensch hierzu disponiert sei. Die entwicklungsgeschichtlich bedingten Ausstülpungen der Bauchwand erhalten an umschriebener Stelle eine Schwächung durch die aufrechte Haltung und die Tätigkeit des Menschen,

und die häufige Schwankung des intraabdominalen Druckes. Gerade diese schließen die Anerkennung einer einmaligen starken Gewalteinwirkung als Ursache der Bruchentstehung aus. Keith traf bei englischen Rekruten 20‰ Hernien an, sechsmal weniger als bei Frauen. Bezüglich des Lebensalters fand er 44‰ im 1. Jahre, dann eine Abnahme auf 9—6‰ bis zum 16., einen Anstieg auf 30‰ bis zum 25., dann ein Sinken auf 23‰ bis zum 50., auf 10‰ bis zum 65. Lebensjahre. Auf 1000 Hernien bei Männern kommen 970 inguinale, 20 crurale, 10 umbilikale; bei Frauen betrugen die Ziffern 500 : 390 : 110.

Zisa glaubt auf Grund von Untersuchungen an 50 Kranken einen für Bruchkranke häufigen konstitutionellen Typus gefunden zu haben; lange Taille mit fluktuierender zehnter Rippe, bei mittlerer Korpulenz relatives Überwiegen des Thorax über das Abdomen, sodaß der untere Teil desselben mit dem Becken besonders stark zurücktritt. Er sieht in diesem Typus ein prädisponierendes Moment, wenn auch nicht einen unumgänglichen Faktor für die Hernienbildung.

An 250 Bruchkranken, von denen einige Bruchbänder getragen hatten, andere nicht, untersuchte Smith die histopathologischen Vorgänge an Leistenbruchsäcken. Er unterscheidet hauptsächlich den fibrösen Bruchsack mit Vermehrung des subendothelialen Bindegewebes und den fibrös-fettigen, bei dem Bindegewebe und elastisches Gewebe atrophiert und letzteres durch Bindegewebe teilweise ersetzt ist. Die erste Form ist, bei fortschreitender Verdickung des Sackes, die häufigere, der letzteren Form begegnet man besonders bei direkten Brüchen; beide lassen die Anzeichen der Entzündung nicht vermissen.

In einem Fortbildungsvortrag: Wann soll eine Hernie operiert werden? kommt Ewald zu folgenden Schlüssen. Kinder mit angeborenen Leistenbrüchen sollen in den ersten 4 Jahren operiert werden, ebenso Kinder bis zum 14. Lebensjahr: 99% Dauererfolge bei 0,5% Mortalität (Narkose). Bei Männern bis zum 50. Jahr 98% Dauererfolge, 0,5% Mortalität (Embol. A. pulm.), direkte und Gleitbrüche 75% Dauererfolge. Bei Frauen bestehen im wesentlichen die gleichen Verhältnisse, nur sind Rezidive der Schenkelhernien seltener. Nabelbrüche bei Knaben sollten nicht operiert werden, bei Mädchen nach erreichter Pubertät, wenn Adipositas wahrscheinlich ist: 90% Dauererfolge. Die Paraumbilicalhernie ist, bei sicherem Dauererfolg, sofort zu operieren. Bei epigastrischer Hernie entschließe man sich nur zögernd zur Operation, besonders bei Erwachsenen. Die Dauererfolge bei Kindern und Frauen seien gut, außer bei faßförmigem, starrem Thorax. Bauchwandbrüche mit enger Bruchpforte sind jedenfalls zu operieren.

Allevi teilt aus der italienischen Rechtsprechung betreffend traumatische Hernien mit, daß als Verschlimmerung durch Unfall nicht nur die Einklemmung, sondern auch einfache Vergrößerung angenommen werde. Der Zusammenhang zwischen Hernie und Unfall ist nur anzunehmen, wenn die Gewalteinwirkung intensiv, außergewöhnlich und so rasch war, daß der Verletzte sich ihr nicht entziehen konnte. Der Nachweis von Schmerz, der zum Aussetzen der Arbeit zwang, ist wichtig, aber sein Fehlen berechtigt nicht ohne weiteres zur Ablehnung. In einem Kommissionsbericht über traumatische Hernien, die er als äußerst selten bezeichnet, stellt Phippen folgende Postulate für die Anerkennung auf: Unmittelbares Austreten des Bruches nach Unfall oder Überanstrengung, heftiger Schmerz an der Bruchpforte, ausgesprochene Hinfälligkeit, alle Erscheinungen müssen so stark sein, daß der Verletzte denselben innerhalb der ersten 24 Stunden Beachtung schenkt, endlich darf eine Hernie vorher nicht bestanden haben und Unfall oder Überanstrengung müssen von entsprechender Intensität gewesen sein. Alle anderen Hernien können unter angeborene oder unter Berufskrankheiten gezählt werden, sie sind aber nicht traumatisch. Von Interesse sind die Angaben Goljanitzkys, der in Astrachan 849 Lastträger untersuchte. Bei 141 fand er Hernien: 12,2% der Linea alba, 5% umbilikale, 42,5% inguinale, 41% Muskeldiastasen der Bauch-

wand. Er nimmt an, daß die inguinalen traumatischen Ursprunges seien, während die der Mittellinie durch die langjährige professionelle Anstrengung veranlaßt werden.

Über eine isolierte Peritoneal-Tuberkulose des Bruchsackes und seines Inhaltes wird von mehreren Autoren (Tonenberg, Mollá usw.) berichtet. Mollá ist zwar der Auffassung, daß auch im übrigen Bauchraum zumeist eine Tuberkulose vorliege, in einem Falle von Tonenberg verhielt es sich augenscheinlich nicht so. Seine Erklärung wird Widerspruch herausfordern, denn er sagt, daß neben einer verminderten Resistenz des exponierten Bauchfells larvierte Bacillämie das Trauma die Ursache der Erkrankung vorstelle! Auch Scheyer fand im Leistenbruchsack einer Frau grav. mens. V. Knötchen, die zwar makroskopisch als Tuberkel imponierten, histologisch aber eine deziduale Umwandlung des Peritoneums darstellten, für deren Entstehung er das Corpus luteum-Hormon verantwortlich macht.

Pizzagali glaubt, daß ein sich durch unregelmäßige Verdickungen auszeichnender, leicht reponibeler Bruchinhalt — neben dem Allgemeinzustand — die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Tuberkulose rechtfertige; er rät dazu, den Bruchsack nicht einfach abzubinden, sondern ihn zur Verhütung einer Infektion der Operationswunde mit Lembertschen Nähten einzustülpen.

Als echte Littrésche Hernie will Calvanico nur die Anwesenheit eines Darmdivertikels (z. B. des Meckelschen) im Bruchsack bezeichnet wissen. Der Darmwandbruch trage jenen Namen zu Unrecht. Die Symptome: Einklemmung bei meist nicht völliger Unwegsamkeit des Darmes, sind die gleichen. Über diese Darmwandbrüche (6% des gesamten Bruchmaterials) äußert sich Kosyrew. Bei der dem Mesenterialansatz gegenüber liegenden, in der Regel nur in der Schenkelhernie bei engem Schnürring anzutreffenden Einklemmung handelt es sich stets um ein langes Mesenterium (unter 70 Fällen war nur sechsmal der Dickdarm beteiligt) und Erhöhung des intraabdominalen Druckes, nicht des intratestinalen, wie die Experimente Sykows ergeben haben. Dazu tritt eine Überfüllung der Darmschlinge mit harten Kotmassen. Der Mechanismus ist ein gemischter Typus von elastischer und kotiger Einklemmung. Marinacci berichtet über eine solche Hernie, bei der ein in der Darmschlinge befindliches, sich querstellendes Knochenstück die Darmwand perforiert und so Einklemmungserscheinungen vorgetäuscht hatte.

Hernien der Appendices epiploicae werden von Patel und Mallet-Guy beschrieben. Entsprechend dem Umstande, daß sie sich am absteigenden Colon und S-Romanum zahlreicher befinden, trifft man sie zumeist links, und zwar in der Leistenhernie, an, besonders bei Männern jenseits des 50. Jahres, weil sie dann stärker ausgebildet sind. Sie können isoliert, ohne Darm, im Bruchsack liegen, sich einklemmen, oder, abgeschnürt, zu freien Fettkörpern werden; durch Zug von Adhäsionen mit der Bruchwand kann außerhalb des Bruches gelegener Darm abgeknickt werden, so daß Ileussymptome entstehen.

Wilson fand 6 Wochen nach einer glatten rechtsseitigen Bruchoperation und noch 5 Jahre später den Penis so geschrumpft, daß er im suprapubischen Fett verschwand. Es erscheint aber recht fraglich, ob, wie der Verf. es annimmt, dies der Ausdruck einer Reflexatrophie sein sollte, „wie sie manchmal bei geringfügigen Verletzungen bei neuropathischen Individuen an den Gliedmaßen vorkommen".

2. *Bauchwandbrüche.*

Bezüglich der Behandlung postoperativer und anderer Bauchwandbrüche enthält die neue Literatur nur wenig Hinweise, durchweg ist man bemüht, die Defekte der Bauchwand durch plastische Verfahren zu decken. So heilte Keneth Mackenzie einen großen Bauchbruch nach Schußverletzung im rechten unteren Quadranten durch Überpflanzung des M. tensor fasciae latae. Dieser wurde an seinem Ursprung an der Sp. iliac. ant. sup. abgelöst und frei gemacht durch Erhaltung seiner Gefäß- und Nerven-

versorgung. Nach Schluß des Bauchfells wurde er in die Lücke der Muskulatur eingelegt. Bettazzi fand in einer postoperativen Hernie nach Appendicitis suppur. im Bruche die völlig abgetrennte, in Verwachsungen eingebettete Appendix, während an der normalen Stelle des Coecum nichts zu finden war.

Der seltene Fall einer Hernia xiphoidea wird von Wetschtomoff beschrieben. Er fand bei einem 40jährigen Manne ein subseröses Lipom mit einem Netz enthaltenden Peritonealtrichter, das sich durch eine 2 cm breite Öffnung des Proc. xiphoides vorgewölbt hatte. Nach unten war der Schwertfortsatz gespalten und nach Abkneifung der Knochenenden gelang die radikale Versorgung des Bruches leicht.

Einen inkarzerierten Nabelschnurbruch operierten Fowelin und Bode 9 Stunden post part. in 1stündiger Chloroformnarkose mit Erfolg. Die guten Resultate der Frühoperation sind begründet in der geringen bakteriellen Besiedlung der Bruchgeschwulst und der Keimarmut des Darminhaltes, da nach Tissier erst 10 bis 12 Stunden post part. die Erstbesiedlung des Darmes mit Bakterien erfolgt. Ebenso zunächst mit Erfolg (+ nach 9 Monaten) operierte 7 Stunden post part. Bokay eine Omphalocele congen. mit Thoracopagus parasiticus. Die Omphalocele enthielt Leber und Därme, der Parasit bestand nur aus Becken und unteren Extremitäten. Auch Watson betont die Bedeutung der Frühoperation angeborener Nabelbrüche — schon $^1/_2$—1 Stunde post part. Er führt die Operation nach Möglichkeit extraperitoneal aus und eröffnet das Bauchfell nur bei dringender Indikation. Beim Eingriff in den ersten 24 Stunden 12% +, nach 28 Stunden 66%. Für die Behandlung der eingeklemmten Nabelbrüche empfiehlt Alipow als neue Methode die totale Herniektomie, ebenso für Ventralhernien mit entzündeter Bauchwand, wo Gangränverdacht vorliegt und Darminfektion vorauszusehen ist. Auch Grekow empfiehlt das Verfahren.

Der Zusammenhang zwischen Hernia epigastrica und Magendarmerkrankungen ist nach wie vor heiß umstritten. Willemse stellt diesen Zusammenhang in Abrede. Watson sucht die schweren Magendarmsymptome bei Hernia epigastrica, auf welche zuerst Arnaud 1748 aufmerksam gemacht hat, zu erklären. Die Beschwerden werden durch Zug am großen Netz oder am Lig. falciforme hepatis ausgelöst und durch die V. Intercostalnerven, welche mit dem N. phrenic. anastomosieren, vermittelt. In 25% bestehen die Beschwerden nur aus Magensymptomen: Hyperacidität, Motilitätsstörungen, Gastroptose und Erweiterung. Die Hernie kann auch mit Magenulcus vergesellschaftet sein. Bei der Hernie pflegen die Schmerzen nach körperlichen Bewegungen, bei dem Ulcus nach der Nahrungsaufnahme einzutreten. Bei der Herniotomie soll der Zustand des Magens revidiert werden. Danon teilt zwei Fälle mit, in denen die Operation der Hern. epigastrica die Beschwerden nicht beseitigte. Erneute Laparotomie stellte in einem Fall ein Ulcus ventriculi, im anderen ein Magencarcinom fest; gleichwohl ist es ihm fraglich, ob beide Prozesse im Zusammenhang stehen.

Die operativen Vorschläge bei Hernia epigastrica bringen wenig Neues. Ryshich (Kasan) entfernt den fascialen Bruchsackring mit, vernäht vertikal Peritoneum und Fascia transversa und stülpt darüber durch eine weitere Nahtreihe, welche Teile der M. recti mitfaßt, die Aponeurose der Mittellinie ein. Im übrigen erfreut sich das Verfahren Mayos, das Überschlagen des einen Fascienrandes über den anderen bei horizontaler Schnittführung, allgemeiner Bevorzugung.

Eine ganze Anzahl von Mitteilungen befaßt sich mit der Anatomie, Pathogenese und Therapie der Hernia lumbalis. Sillman (Helsingfors) stellt fest, daß die Hernie ebensooft ohne nachweisbaren Bruchsack, wie mit einem solchen angetroffen wird. Während er bei dem spontan oder durch unbedeutendes indirektes Trauma hervortretenden Bruch des Trigonum Petiti als Austrittsstelle für fragwürdig bezeichnet, wird dies von Ciaccio ganz abgelehnt. Dieser Autor nimmt an, die Lumbalhernie beruhe auf einem Konstruktionsfehler, sie entwickele sich infolge eines Defektes der äußeren hinteren Wand des Abdomens zwischen Rippenbogen und Crista ossis ilei im Lesshaftschen

Raum, dem sehnigen unteren Teil des M. latiss. dorsi, den auch Sillman als die fast regelmäßige Austrittsstelle bezeichnet. Majocchi fand die Austrittsstelle in einer Lücke des Spatium tendineum lumbale, begrenzt durch M. serrat. post. inf., Erector trunci, M. obliqu. int. und zwölfter Rippe. Die Größe der Bruchpforte ist variabel, gewöhnlich für die Fingerkuppe durchgängig. Sillman betont, daß die Anlage stets präformiert sei, wenn auch die Hernie erst infolge plötzlicher Überanstrengung in Erscheinung träte. Links doppelt so oft als rechts auftretend, sieht man nur selten eine Einklemmung des sich allmählich vergrößernden Bruches. Ciaccio beschreibt den, sonst in der Literatur nur noch einmal anzutreffenden Fall, daß die Niere (bei einem 18 Monate alten Mädchen) in der Lumbalhernie lag. Die Behandlung kann nur eine operative sein. Majocchi vernähte nach Reposition die Muskeln und vereinigte hierüber den Latiss. dorsi mit dem Obliq. extern. Reches sieht in den bisherigen Methoden des plastischen Verschlusses den Nachteil, daß an anderer Stelle eine neue Schwächung der Bauchwand entsteht. Er nimmt deshalb einen gestielten Fascien-Muskellappen aus dem M. glutaeus med., dessen Gipfel zwischen Spina ant. sup. und post. inf. liegt, und dessen Basis sich über der Crista ilei befindet. Der Muskel wird in ganzer Dicke mit Nerven und Gefäßen herausgeschnitten, umgeschlagen und mit den Weichteilen der Lücke, möglichst aber auch an der zwölften Rippe befestigt.

Den Mechanismus des Zustandekommens der Hernia in der Linea Spigelii beschreibt Váňa an der Hand eines von ihm beobachteten Falles. Der 26 Jahre alte Mann hob bei rückwärts und rechts-seitlich gebeugtem Körper einen Wagen an. Hierdurch waren im M. obliqu. intern. Spalten entstanden, so daß aus den medialen Bündeln dieses Muskels unter Mitwirkung der Mm. recti und obliqu. abdom. die Hernie herausgepreßt wurde. Nach Hermans befinden sich die Spigelschen Brüche meist da, wo Linea Spigelii und Linea Douglasii sich treffen (Hern. ventralis lateral.). Schon Cooper brachte die Durchtrittsstelle in ursächlichen Zusammenhang mit derjenigen der Blutgefäße, weil hier die Muskulatur weniger gut entwickelt ist. Relativ oft durchbohrt der Bruch den M. transversus, breitet sich dann zwischen den anderen Muskeln aus, um an anderer Stelle auszutreten. Die Diagnose kann bei dicken Bauchdecken sehr schwer sein — Verwechslung mit Abscessen, Infiltraten und Tumoren der Bauchwand. Einklemmungen sind häufig: Nach Váňa mußten zwei Drittel der 56 beschriebenen Brüche wegen Incarceration operiert werden. Die operative Beseitigung der Spigelschen Hernie ist also dringend angezeigt.

3. *Hernia diaphragmatica und verwandte Zustände.*

Auch in dem der vorliegendem Besprechung zugrundeliegenden Zeitabschnitt war die Zahl der Veröffentlichungen über Hernia diaphragmatica und verwandte Zustände wieder eine besonders große. Es handelt sich fast durchweg um kasuistisches Material und nur selten brachten die sich hierauf stützenden Deduktionen wirklich Neues.

v. Boros nimmt an, daß die Relaxatio diaphr. angeboren sein könne, wahrscheinlich aber entstehe sie später durch Schädigung des N. phrenicus, in einem seiner Fälle infolge eines Brusttraumas, im anderen infolge Kompression durch tuberkulöse Drüsen, stets sei die kausale Therapie zu versuchen. Das relaxierte Zwerchfell ist manchmal noch zu aktiver Kontraktion fähig und braucht deshalb keine paradoxen Atembewegungen zu zeigen. Arturo Heidenreich fand in seinen fünf Fällen von Hemiplegia diaphr. stets Unbeweglichkeit der erkrankten Seite, Fehlen der Niveauverschiebung in Bauchlage und fast völliges Verschwinden des Vesikuläratmens im Bereiche der Thoraxhälfte. Im Röntgenbild war dieses zugehörige Lungenfeld leicht verdunkelt, die sonst gut gewölbte Zwerchfellhälfte stand hoch und es bestanden die Kienböckschen paradoxen Zwerchfellbewegungen. Die gleichen Forderungen stellt Schober für die Differenzierung von der Hernia diaphr. Er konnte die Relaxation im Röntgenbild

gut feststellen, sowie durch Messungen des Mageninnendruckes in seiner Abhängigkeit von der Atmung nach Hildebrand und Hess.

Die Eventeratio diaphragmatica ist in den meisten Fällen angeboren, wenn auch vereinzelte Autoren meinen, daß durch Aerophagie eine Ausdehnung des Magens und durch pleuro-diaphragmatische Adhäsionen die Eventeratio entstehen könne. Nach Struppler kommen 44 Eventerationen auf 500 Zwerchfellhernien. Jene liegt viel häufiger links als rechts und kann bis zur dritten Rippe und höher hinaufreichen. Zum Unterschied von der Hernie bleiben die Bauchorgane vom Diaphragma wie von einer Haube bedeckt. Die klinischen Erscheinungen treten gleich nach der Geburt oder erst später auf, können auch ganz ausbleiben. Sie sind bedingt durch die Veränderungen an den Nachbarorganen: Die eventuelle Dextrokardie, rudimentäre Anlage der entsprechenden Lunge, Verdauungsstörungen, Volvulus und Dilatation des Magens, oft mit Blutungen. Fatou und Suey haben dabei das Verhalten des Magens studiert. Er ist an der zentralen Anheftung des Zwerchfells wie um ein Scharnier nach oben geschlagen, die Pars sup. duodeni lang ausgezogen, der Choledochus verläuft quer. Meist besteht Hyperperistaltik des Magens. Die Zwerchfellbewegungen sind in einem Teil der Fälle erhalten, aber herabgesetzt, in anderen aufgehoben, wobei die Kuppe bei der Atmung stehen bleibt oder in paradoxem Sinne passiv ausweicht. Clopton betont die kontinuierliche Linie des Zwerchfells bei der Eventeration, die paradoxe expiratorische Verschiebung bei der Hernie. Im übrigen ist die Röntgendiagnostik einfach, man muß sich hüten vor Verwechslung mit Pyopneumothorax. Behandlung ist, zumal Incarcerationen sehr selten zu sein scheinen, meist nicht nötig. Wood hat 1916 zur Behebung von Beschwerden seitens der Lungen oder des Magens die Raffung des Zwerchfells empfohlen, die von Duval 1923 mit Erfolg ausgeführt wurde. Gegenanzeige sind stärkere Pleuraveränderungen. Die Raffung geschieht von der Brusthöhle aus, nachdem durch Thoracolaparotomie auch die Bauchhöhle eröffnet worden war. Die Assistenz befreit von dieser aus die Zwerchfellkuppel von den Eingeweiden, während dann durch zwei bis drei Reihen von Seidennähten die Raffung und Verkürzung des Zwerchfells ausgeführt werden kann.

Von Hernia diaphragmatica konnte Hedblom aus der Majo-Klinik an 23 Fällen sieben kongenitale Brüche feststellen, während in zehn Fällen eine Unterscheidung, ob angeborene oder traumatische Hernie vorlag, nicht auszumachen war. In der Vorröntgenzeit wurde die Diagnose der kongenitalen Hernie unter 650 Fällen nur 15mal gestellt (Funk). Morrison beobachtete bei 3500 Röntgenuntersuchungen von Magenfällen 42mal kleine Hernien des Magenfundus im Hiatus oesoph., die Darstellung der gefüllten Hernie gelang am besten in links-schräger horizontaler Lage oder bei Beckenhochlagerung. Key konnte eine Hernie mit penetrierendem Ulcus ventriculi darstellen und der erfolgreichen Operation zuführen.

Manche Fälle von kongenitalen Zwerchfellhernien werden beschrieben, sie lagen fast stets linksseitig (Wilmann, Connors, Robinson usw.). Die Linksseitigkeit ist nach Koontz dadurch begründet, daß der linke hintere Abschnitt des Zwerchfells sich während des Abschlusses der pleuro-perikardialen und peritonealen Höhle am spätesten schließt, außerdem spielt rechts die Leber eine verhindernde Rolle. Stimson konnte eine rechtsseitige kongenitale Hernie röntgenologisch intra vitam diagnostizieren, was nach der Literatur erst viermal möglich gewesen war. Er empfiehlt übrigens die Anlage eines künstlichen Pneumothorax, um den Bruch zu verkleinern und das Herz an den Schock der Brustoperation zu gewöhnen.

Die traumatische Zwerchfellhernie studierten Busineo und Manco, indem sie bei Hunden vom linken Intercostalschnitt aus das Zwerchfell in der Gegend des Zentrum tendineum auf 2—4 cm einschnitten. Die meisten Versuchstiere gingen nach 2 Tagen an Pneumothorax und Pleuritis ein. Sektion zeigte bei fast allen den Magen meist bis zur Pylorusgegend in der Pleurahöhle liegend, Schnitte unter 1,5 cm führten zu keinem

Magenvorfall. Für den Durchtritt kommt die Bauchpresse und Aspiration in den Pleuraraum ätiologisch in Frage.

Es würde zu weit führen, im einzelnen die zahlreichen Berichte über traumatische Zwerchfellhernien wiederzugeben. Koontz macht darauf aufmerksam, daß auch die traumatischen Hernien links viel häufiger seien als rechts: Bei Stichwunden wegen der Rechtshändigkeit des Angreifers, bei Selbstschußwunden wegen der Haltung der Schußwaffe. Eine interessante Ursache der Entstehung beobachtete Possati: Durch Fall aus 6—7 m Höhe auf das Gesäß führte der gefüllte Magen durch Contrecoup zur Verletzung des Zwerchfells und zur Hernie, die Flexura lienalis reichte fast bis zum Schlüsselbein.

Bezüglich der operativen Therapie wird fast allgemein der thoraco-abdominalen Methode der Vorzug gegeben, meist von getrennter Schnittführung aus.

Hedri konnte 1 Stunde nach dem Trauma (Verschüttung unter eine umstürzende Mauer) operieren: In der Bauchhöhle befand sich kein Blut, der Magen war nur um 180° um seine Längsachse gedreht, bis zum Pylorus in der Brusthöhle verschwunden, ebenso wie Colon transversum, Netz und Milz. Der frischblutende Defekt im Zwerchfell war handtellergroß. Hedri vertritt die Ansicht, daß eine Spontanheilung der Zwerchfellruptur nur möglich ist, wenn die Muskeln in der Längsrichtung eingerissen sind, anderenfalls entsteht durch Retraktion der quer gerissenen Muskeln eine Lücke, so daß die Rolle, eine versteifbare Scheidewand gegen die Aspiration abdominaler Organe zu bilden, vom Diaphragma nicht mehr durchgeführt werden kann.

Zu besserer Durchführung der Naht empfiehlt Hedri die Phrenicotomie, während Truesdale andererseits Rezidive einer Hernie beobachtet hat, die er einer gleichzeitigen Verletzung von Phrenicusästen zuschreibt, wodurch eine teilweise Muskelatrophie eintrat.

Es gelingt nicht immer, die Zwerchfellücke durch Naht zu schließen. Müller-Hagen konnte die 15 cm lange Bruchpforte nur durch Aufnähen von Milz und einem Teile des Magens zum Verschluß bringen. Endlich berichtet Funk (Philadelphia) von einem Falle, in welchem bei kongenitaler Hernie eine Rücklagerung der Eingeweide unmöglich war und es ihm gelang, durch Gastroenteroanastomose die bestehenden Beschwerden zu beseitigen.

4. *Hernia inguinalis.*

Nach wie vor bewegen sich fast alle Berichte über Leistenbrüche um die Verbesserung der operativen Methoden zur Verhinderung der Rezidive. Seelig hat durch seine Versuche gezeigt, daß bei Naht des gesunden Muskels an die Fascia, mit oder ohne Infektion, eine Verbindung nicht zustande kommt, und daß bei Naht des verletzten Muskels an die Fascie nur zarte Verbindungsnarben entstehen, welche normaler Beanspruchung nicht standhalten. Die Naht Fascie an Fascie gibt dagegen eine gute und feste Narbenverbindung. Ebenso verbindet sich die Fascie gut mit dem Perimysium, so daß überall da, wo sich viel Perimysium vorfindet, eine gute feste Narbe entsteht.

Dieser Forderung wird vor allem die lebende Naht nach Gallie und Le Mesurier gerecht, für die Tinker und Sutton, Mc. Eachern, Seelig und Kehla Singh Chouke, Coley und andere eintreten. Diese Nähte werden nicht resorbiert und üben als Gewebe weiter die Funktion aus, für welche dieses bestimmt ist. Während die Operation im allgemeinen nach Bassini ausgeführt wird, werden zur Naht 10 cm lange schmale Streifen aus der Fascia lata der anderen Seite verwendet. Die Operation der Leistenhernie nach Bassini wird fast überall bevorzugt, aber, da die Zahl der Rezidive nach dem Originalverfahren doch eine recht große ist — Coley stellte bei 837 Nachuntersuchten bei Kindern 0%, bei Erwachsenen 8,7%, bei direkten Brüchen 16,4%, Seelig sogar 20% fest —, wird sie durch die mannigfaltigsten plastischen Verfahren

modifiziert. Nur ein Teil der Vorschläge soll erwähnt werden. Stetten näht den medialen Teil der Externusfascie an das Lig. Pouparti an und schlägt den lateralen Teil dann über den medialen, so daß eine Doppelung der Fascie entsteht. Adair verwendet lebende Nähte aus der gleichseitigen Aponeurose des Obliqu. int., also aus dem Operationsgebiet, um Fascie und Lig. Poup. zu vereinigen. Mc. Eachern verwendet Streifen aus der Sehne des Obliq. int., die, noch am Schambein festsitzend, zur Vereinigung des Obliq. int. mit dem tiefen Blatt des Leistenbandes dienen. Andrews verstärkt die Naht durch Lappen aus der hinteren Rectusscheide, Wreden benutzt hierzu die vordere Rectusscheide.

Von Kutscha-Lissberg wird empfohlen, besonders große Leistenbruchpforten zu verschließen mit Hilfe des M. sartorius. Ein an der Spina ant. sup. beginnender, 15—20 cm langer Schnitt legt den Muskel ganz frei, der an der Grenze von mittlerem und oberem Drittel durchtrennt wird. Von der freigelegten Bruchpforte aus wird eine Kornzange unter der Externusaponeurose durchgeschoben und der Muskelstumpf an Fadenzügeln gefaßt, nach oben durchgezogen und mit einigen Nähten am oberen und am unteren Winkel der Bruchpforte befestigt; die Schnittfläche des Muskels wird an die Rectusscheide angenäht. Es trat kein Rezidiv ein und ebensowenig eine Bewegungsstörung des Beines.

Um bei der weiblichen Inguinalhernie das Rezidiv zu vermeiden, trennte Solms das Lig. rotundum an seiner Ansatzstelle am Os pubis ab, leitete dasselbe unter dem Leistenkanal nach hinten durch, führte es präperitoneal durch die Muskulatur des Obliquus und des Transversus und vernähte es dann wieder an seiner ursprünglichen Insertionsstelle, der Leistenkanal wurde dann schichtweise völlig verschlossen.

Mollá schlägt vor, den Bruchsackstumpf bei der hinteren Pfeilernaht mitzufassen, um so einen pelottenartigen Verschluß des inneren Leistenringes zu erhalten.

Bezüglich der Operation des kindlichen Leistenbruches wird allgemein bevorzugt, von Muskelplastiken — schon der Zeitersparnis wegen — Abstand zu nehmen. Tawastjerna genügt die Abbindung des Bruchsackes am inneren Leistenring, 40 Fälle fand er ohne Rezidiv. Er operiert nicht in den ersten 6 Monaten. Ranft aus der Leipziger Kinderklinik tritt dagegen für Frühoperation bei Säuglingen ein, da auf 70 Hernien zehn Incarcerationen kommen; auch er empfiehlt nach Karewski die hohe Abbindung ohne Verschluß der Bruchpforte. Bei älteren Fällen wurde nach Bassini operiert, bei Gleitbrüchen die Operation nach Kocher bevorzugt.

Moschcowitz warnt davor, Gleitbrüche von ihrer Verbindung mit dem Bruchsack zu befreien, wegen der Gefahr der Blutung und der Gangrän. Er empfiehlt, durch Laparotomie das herabgeglittene Eingeweide von innen her hochzuziehen und dann radikal nach Bassini vorzugehen.

Von kleineren operativen Maßnahmen ist zu erwähnen die Verwendung des Silkworms (Lop) und des Silberfiligrans (Cole) für versenkte Nähte. Zur operativen Vorbereitung übergroßer, nicht reponibler Leistenbrüche empfiehlt Sokoloff, 4 bis 7 Wochen lang täglich 15—20 Min. Repositionsversuche in Trendelenburgscher Beckenhochlagerung auszuführen. Howard macht in sehr richtiger Weise darauf aufmerksam, daß die Nähte von Fascie und Muskulatur nicht zu fest geknüpft werden dürfen, um Nekrosen zu vermeiden; aus dem gleichen Grunde soll die Fascie nicht durch rohes Abstreifen ihrer wenigen ernährenden Gefäße beraubt werden. Mehrere Autoren raten zu mindestens 14—16tägiger Bettruhe zur Vermeidung der Rezidive. Ripley gedenkt des Umstandes, daß die Gefäße des Funiculus und des Ductus deferens in verschiedener Höhe die Bauchwand passieren, er trennt deshalb die höher austretenden Gefäße ab und legt auch zwischen diese und den Ductus Nähte zur Verbindung des Obliquus internus mit dem Leistenband. Zur Vermeidung von Hämatomen aus kleinsten Gefäßen des Bruchsackes und des Funiculus empfiehlt Alipoff und auch Goldschmidt nach Anschütz s Methode, bei allen Inguinalhernien nach Abbindung

des Bruchsackes dessen zentralen Teil nicht zu exstirpieren, sondern ihn nach Art der Winkelmannschen Hydrocelenoperation nach außen um den Funiculus herum zu schlagen und zu vernähen.

Rasumowski betont, daß heute die Grenze zwischen Anus präternat. und Darmresektion bei incarzerierten Hernien sich entschieden zugunsten der Resektion verschoben haben.

Oudard und Jean weisen auf einen besonderen Typus der Inguinalhernie nach Appendectomie hin: Auf klumpige, unlösbar mit dem Bruchsack verwachsene Netzabschnitte, deren Reposition nur scheinbar — en masse — möglich ist. Die Netzpartien stehen im Zusammenhang mit dem Netz, welches in der Gegend des Coecum und der Appendectomienarbe mit der Bauchwand verwachsen ist; erst oberhalb der Fossa iliaca findet man freies Netz und kann resezieren. Ursache dieser Hernie ist der intraabdominale Druck, der auf das der Bauchnarbe adhärente Netz wirkt und gleichzeitig die Schädigung der Bauchwand durch operative Nervendurchtrennung. Stets handelte es sich um Fälle schwerer Appendicitis mit Netzinfektion. Therapeutisch kommt nur in Frage ausgedehnte Laparotomie, Excision der Bauchnarbe und Resektion des adhärenten Netzes, evtl. bis an das freie Colon. Harry Cohen empfiehlt bei Radikaloperation der rechtsseitigen Leistenhernie die Appendix zu entfernen, die nur selten normal angetroffen werde wegen des Reizes, den die im Leistenkanal befindlichen Darmschlingen ausüben.

Die 41 in der Literatur niedergelegten Fälle von Hernia inguinalis obliqua interna werden von Contarini um einen weiteren Fall vermehrt. Die Austrittsstelle ist die Fossa supravesicalis zwischen Plica umbilicalis media und lateralis, der Verlauf nach dem äußeren Leistenring gerichtet. Der Bruch verläuft manchmal neben dem Leistenkanal, oder er dringt durch die hintere Wand in diesen hinein. Meist wird der Bruch mit einer Hernia directa verwechselt.

Aus der v. Eiselsbergschen Klinik berichtet Starlinger über Bruchsackdivertikel, von denen innerhalb 15 Jahren bei 1395 Leistenhernien 16, bei 229 Cruralhernien eine angetroffen wurden. Zweimal konnte die Diagnose klinisch gestellt werden, sonst nur bei der Operation. Zwei getrennte Ausstülpungen waren bei der Inguinalhernie fühlbar, bei der Cruralhernie sichtbar. Das Divertikel kann auf kongenitaler Anlage beruhen.

Latteri unterscheidet bei Anwesenheit des Uterus in der Hernie die H. totalis uteri, die H. partialis, die H. ut. gravidi und die H. des Uterus bei Zwitterbildung. Stets läßt sich die Hernie auf Mißbildungen ätiologisch zurückführen, sie liegt fast stest links und ist irreponibel, so daß allein die Operation in Frage kommt. Die Diagnose wird gestützt durch die Volumenvergrößerung der Hernie während der Menstruation, Verengerung der Vagina und seitliche Abweichung des Genitalschlauches. Auch Bianchetti hält die Anwesenheit von Uterus und Adnexen im Bruchsack fast stets für kongenitalen Ursprungs.

v. Elischer konnte vor der Operation in einem zwei Kopf großen Leistenbruch den Magen als Inhalt feststellen. Die Gasbildung in demselben gestattete erst nach Punktion die Reposition. Als Repositionshindernis einer Hernia inguinalis (Coecum, Appendix und Ileum) fand Reinhold bei einem 14 Monate alten Kinde ein Drüsenpaket am Ileocoecalwinkel, nach dessen Ausschälung die Reposition mühelos gelang.

Eine ganze Anzahl von Berichten über Blasenhernien bringt die neue Literatur. Carp fand dieselbe viermal häufiger bei inguinalen als bei femoralen Brüchen. Er unterscheidet die intra-, para- und extraperitonealen Brüche, die paraperitonealen, nur teilweise vom Bauchfell überzogenen, sind die häufigsten. Ursache ist lange dauernde übermäßige Ausdehnung der Blase, so daß sie in die Nachbarschaft der Bruchpforte tritt; das prävesikale Fett übt dann einen Zug auf das Organ aus, so daß oft die Form des Blasendivertikels besteht. Auch kongenitale Blasenhernien werden beobachtet. Mo-

naschkin (Charkoff) operierte eine seit 20 Jahren bestehende Hernie, in der durch Radiographie zwei Steine festgestellt wurden. Es zeigte sich, daß aus der seitlichen Bruchpforte eine einfache indirekte Hernie, aus der medialen der extraperitoneale Blasenbruch ausgetreten war.

5. *Hernia femoralis.*

Über die Ätiologie der Entstehung des Schenkelbruchsackes stellt Buckley eine eigene Theorie auf. Die Auffassung, daß der Bruchsack unter dem Druck eines durch den Schenkelkanal getriebenen Eingeweides entstehen oder daß durch den Zug eines übermäßig entwickelten Gubernaculums sich die femorale peritoneale Ausstülpung bilde („orthodoxe oder Sakkulartheorie"), lehnt er ab. Seine kaum als originell zu bezeichnende Meinung geht dahin, daß das präperitonale Fett unter dem Einfluß des intraabdominalen Druckes durch den Schenkelring gepreßt wird und das Bauchfell nach sich ziehe, so daß nun Eingeweide in den Sack eintreten können. Hierdurch werde auch das Entstehen des Bruches bei Frauen, welche geboren haben, erklärt.

Anatomische Varietäten des Schenkelbruches werden von Willerding mitgeteilt als H. femoro-labialis und femoro-properitonealis. Wenn die Reposition incarcerierte Teile bei einer Schenkelhernie trotz weiter Bruchpforte Schwierigkeiten bereitet, erneut Darmschlingen vorfallen oder Bruchwasser von neuem austritt, soll man an das Bestehen eines zweiten, properitonealen Bruchsackes denken und die Herniolaparotomie anschließen. (Zu vermeiden wären diese und andere Irrtümer wohl, wenn man sich dazu entschlösse, bei der H. femoralis prinzipiell die Laparoherniotomie vorzunehmen!)

An neuen Vorschlägen zur Radikaloperation der Schenkelhernie fehlt es wiederum keineswegs! Unter anderem will Sazepin die Henderson-Nicolsche Methode dadurch vereinfachen, daß er die das Lig. Pouparti an das Schambein fixierenden Fäden nicht durch den Knochen, sondern um diesen herum führt. Andrews verschließt den Kanal durch eine feste Membran, welche er der Externusaponeurose entnimmt, nach innen schlägt und an das Periost des Schambeins annäht, so daß sie ohne Zug liegt. Wagner-Hohenlobbese geht bei typischer weiblicher Femoralhernie so vor, daß er den Schnitt 10 cm über das Lig. Pouparti hinaus verlängert. Ein birnförmiger Fascienlappen, dessen Basis, so breit wie die Bruchpforte, am Ligament liegt, wird, möglichst mit einer Fettlage, abpräpariert. Das Peritoneum wird mit der Fingerkuppe vom hinteren Schambein abgeschoben, jener Fascienlappen nach unten geschlagen, in den Kanal gestopft und hier mit einigen Nähten fixiert, so daß ein von oben nach unten ziehender sicherer Verschluß entsteht. Beachtung verdient vor allen anderen die Methode, welche Herzen (Moskau) seit 20 Jahren gute Dienste geleistet hat. Alle Verfahren haben die schwache Seite, daß das Leistenband, welches nur mit starker Spannung sich an den horizontalen Schambeinast oder den M. pectineus annähen läßt, nur unter dehnbarer Narbenbildung anheilt. Herzen bildet einen Periostlappen, der die Ansatzstelle des M. pectineus enthält und mit der Basis zum Femur gerichtet ist. Dieser Lappen wird mit dem Raspatorium abgeschoben und nach unten geschlagen. Das Leistenband wird an die obere, hintere Partie des Lig. Cooperi und an das Periost angenäht, die nach der Lappenbildung an ihrer Stelle geblieben sind. Dadurch wird der Schenkelkanal geschlossen, der herabgedrängte Periostlappen wird nach oben geschlagen und an das Leistenband angenäht.

Kasuistisch interessiert ein Fall von Degenhardt, der bei einer anfangs mit Erfolg operierten Femoralhernie tödliche Peritonitis eintreten sah. In dem eingeklemmt gewesenen Darmabschnitt fand sich ein linsengroßes Loch, aus dem Darminhalt in die Bauchhöhle ausgetreten war und ein Ascaris, der in der freien Bauchhöhle lebte: Offenbar hatte dieser die noch geschädigte Darmwand perforiert.

6. Hernia obturatoria, Hernia ischiadica, Hernia pectinea, Hernia perinealis.

Eine Hernia obturatoria konnte Kreyberg unterhalb des Lig. Pouparti abtasten, auf Druck verschwand sie zwischen den Adduktoren. Es gelang gut, nach Aufnahme einer Kontrastmahlzeit die gefüllte Darmschlinge außerhalb des Foramen obturatum radiologisch nachzuweisen. Gruget berichtet über die Verwechslung einer viertägigen Einklemmung der H. obturatoria mit Ileus.

Von Hernia ischiadica sind bisher kaum 30 Fälle bekannt geworden, den ersten Fall beschreibt der Deutsche Papen 1750 in einem Brief an den Schweizer Physiologen Haller. Zwei Drittel der Fälle betrafen Frauen, bei ihnen ist das Foramen ischiadicum weiter, die Ligamenta sacrotuberosa sind länger und schlaffer, und Geburten üben einen ungünstigen Einfluß auf die Gestaltung der Bruchpforte aus. Neun der beschriebenen Brüche waren eingeklemmt (Brodnax).

Über die Austrittsstelle der sehr seltenen Hernia pectinea bringt Finke einen Beitrag. Die Hernie tritt aus durch eine offenbar präformierte, quergestellte, glattwandige Lücke im Ansatz der Fascia pectinea an dem dem horizontalen Schambeinast anliegenden Lig. pubicum Cooperi, im Bereiche des Lig. Gimbernati zwischen medialer Schenkelkanalwand und Tuberculum pubis; das Lig. Gimbernati wird jedoch selbst nicht durchbohrt. Die Hernie ist nicht etwa eine Abart der Hernia femoralis, denn beide können nebeneinander vorkommen, indem der scharfe Rand der Fascia pectinea einen Sporen zwischen beiden bildet.

28 Fälle von Hernia perinealis konnte Heimann in der Literatur auffinden, er vermehrt sie um einen eigenen, den er durch Incision vom Damm her operierte und dessen Bruchpforte im Beckenboden er durch quere Nähte verschloß.

7. Innere Hernien.

Die intraabdominalen Hernien sind zumeist die Folgen embryonaler Entwicklungsvorgänge, die zur Bildung von Fossae geführt haben (F. paraduodenalis, mesenterica, parietalis, pericoecalis, intersigmoidea) oder von Öffnungen, wie das Foramen Winslowi, sie können natürlich auch im Anschluß an Traumen oder an operative Eingriffe erworben worden sein (Copenhaver).

Andrews befaßt sich mit der Ätiologie der Duodenalhernie und erklärt sie an der Hand der Schilderung der Darmentwicklung für eine kongenitale Mißbildung. Von den seit 1906 publizierten 61 Fällen wurden 34 operiert mit 36% Mortalität. Nur selten wurde die Diagnose vor dem Eingriff gestellt. Eine rechtsseitige paraduodenale Hernie, die nie Beschwerden gemacht hatte, fand Nagel auf dem Sektionstisch. Fast der ganze Dünndarm war in die Mesenterialtasche geschlüpft. Die Hernien bilden sich entweder in der Waldeyerschen oder in der unteren Duodenalgrube.

Mehrere Fälle von Hernie des Foramen Winslowi werden beschrieben. So fand Westman eine 15 cm lange Dünndarmschlinge in dasselbe eingetreten, die Reposition gelang leicht, aber der tiefe Schnürring des Darmes machte die Resektion notwendig, welcher der Kranke erlag. Nie sei die Diagnose vor der Operation zu stellen gewesen, bei 20 Operationen wurden 12 Todesfälle beobachtet. Ullman vermehrte 29 aus der Literatur zusammengestellte Fälle um einen weiteren. Das Foramen hat einen Umfang von 8 cm und läßt zwei Finger durchtreten. Sein Rand kann wegen der Nachbarschaft von Cava, A. hepatica, V. portarum, Choledochus nur in dem meist retroduodenal gelegenen „Interportocholedochusraum“ gespalten werden, doch sei der Eingriff praktisch noch nie durchgeführt worden. Die Einklemmung geschieht durch Anschwellung des Randes des Foramens. Die Diagnose ist unmöglich; bei 20 Laparotomien zwölf Todesfälle, acht Heilungen, außerdem sind zehn Sektionsfälle bekannt geworden. Short hält die Incision des Randes des For. Winslowi für nicht möglich, man müsse vielmehr nach Moyniham durch das Lig. gastro-colicum hindurch die Hernie angreifen,

den Inhalt des eingeklemmten Bruches entleeren und dann die Reposition vornehmen. Short berichtet außerdem über eine Dünndarmeinklemmung in der Lanzertschen Tasche, in deren freiem Rande die A. mesenter. infer. verlief, und rät dringend dazu, auf den Verlauf von Gefäßen im Bruchring eingeklemmter innerer Hernien zu achten.

Durch eine Lücke im Bereiche des Mesocolon hindurchtretende Brüche sind nach Lombard entweder traumatischen Ursprungs oder die Folgen von Mißbildungen oder finden endlich ihre Erklärung in einem gleichzeitig bestehenden Ulcus ventriculi oder duodeni, jedenfalls ist dieses gleichzeitige Vorkommen auffallend und vielleicht übt das Ulcus einen Einfluß auf das benachbarte Mesocolon transversum aus, so daß hier eine größere Nachgiebigkeit und Neigung zur Perforationsbildung entsteht. Fälle von recessusartigen Ausstülpungen sind bekannt geworden. Die Hernie dringt durch eine Öffnung der Hinterwand der Bursa omentalis ein, die hineingeglittenen Dünndarmschlingen können sich sogar einen weiteren Ausweg oberhalb der kleinen Kurvatur bahnen, um in die freie Bauchhöhle vor Netz und Magen zu gelangen. Der Mechanismus der nicht traumatischen Hernien ist jedenfalls noch nicht geklärt. Die Diagnose ist vor der Operation kaum zu stellen.

Die Fossa intersigmoidea kennzeichnen die Untersuchungen von Bruce und Rose als einen konischen, schornsteinartig gestalteten Raum, mit aufwärts gerichteter Spitze und abwärts links gerichtetem Grunde, der bis zu einem halben Finger lang und nach Waldeyer in 84% der Leichen vorhanden ist. Eine incarcierte Hernie in einem solchen Recessus intersigmoideus persistens beschreibt Smital (+ post oper.). In diesem, wie in fünf anderen Fällen der Literatur bestand ein abnorm langes S-Romanum.

Eine Anzahl Mitteilungen über innere Hernien (Kohfahl, Levin, Ellis u. a.) haben lediglich kasuistisches Interesse.

Allgemeines.

Andrews, Edmund, A simplified herniotomy. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 1055—1060.) **33**, 589.

Bayley de Castro, A., An unusual form of pseudo-hernia. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 8, S. 375—376.) *

Billmann, H. S., Bruchbeschwerden als Zeichen einer intraabdominalen Krebsgeschwulst. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 39, S. 847—848.) (Dänisch.) *

Bogoljuboff, W. L., Volvulus im Bruchsack. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 7, S. 828—834.) (Russisch.) *

Carisi, Guido, L'ernia appendicolare. (Div. chir., osp civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 3, S. 283—329.) **32**, 604.

Chessin, W., Der Arbeitsfaktor und die Hernienmorbidität in Rußland. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 1, S. 84—109.) (Russisch.) **34**, 242.

Cohn, Bruno, Bruchsackperitonitis. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **45**, S. 2526 bis 2528.) **33**, 902.

Coley, Bradley L., The management of hernias. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 2, S. 41—44.) **31**, 753.

Creyssel, Occlusion du grêle dans un diverticule propéritonéal du sac herniaire huit ans après cure radicale herniaire. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 18. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 30, S. 97—100.) **32**, 888.

Del Torto, Pasquale, La tubercolosi primitiva localizzata del sacco erniario. (I. clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. **6**, S. 589—605.) **33**, 113.

Doerfler, Hans, Die Hernien und der praktische Arzt. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 34, S. 1432—1433 u. Nr. 35, S. 1470—1474.) *

Domenichini, G., L'ernia può essere infortunio del lavoro? (Boll. d. soc. med.-chir. di Modena Jg. **26**, H. 1, S. 49—57.) **34**, 844.

Fowler, Frank E., Hernia following the use of the Mc Burney incision in operations for appendicitis. (II. surg. div., New York hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 525—527.) **31**, 752.

Gile, John M., Intussusception: Herniotomy through an old colostomy. (New England surg. soc., Hartford, Conn., 26.—27. IX. 1924.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 5, S. 213.) *

Gussev, P. F., Einiges aus den Krankenbeobachtungen nach 1000 Herniotomien. (Kreis-Krankenh., Vetluga.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 516 bis 527.) (Russisch.) **35**, 565.

Heise, Karl, Zur Pathologie und Therapie der Hernien. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 6, S. 231—232.) *

Herzfeld, Gertrude, The radical cure of hernia in infants and young children. (Hosp. f. women a. children, Edinburgh.) (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 6, S. 281 bis 290.) **32**, 414.

Hilgenreiner, Beitrag zur Genese des Bruchsackdivertikels. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 302—306.) **32**, 416.

Hook, Weller van, Contributions to the surgery of abdominal hernia. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 16, S. 714—718.) **34**, 244.

MacLennan, Alex., The causation and origin of hernia: A reply to Sir Arthur Keith's address. (Roy. hosp. f. sick children, Glasgow.) (Glasgow med. journ. Bd. **103**, Nr. 3, S. 164—168.) **32**, 34.

Miliani, A., Sul meccanismo e valore istologico di una briglia erniaria. (Osp. di S. Giovanni di Dio, Firenze.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 5, S. 265—268.) **32**, 413.

Moser, Ernst, Vereinfachte Hernienoperationen. (Stadtkrankenh., Zittau.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 298—306.) **32**, 605.

Pizzagalli, Luigi, Sulla tubercolosi del sacco erniario. (Padiglione Ponti, osp. magg., Milano.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 4, S. 373—394.) **32**, 604.

Ribeiro, Leonidio, Unterleibsbruch und Unfall. (Brazil-méd. Bd. **2**, Nr. 22, S. 311 bis 313.) *

Scheyer, Hans Egon, Zur Kasuistik von seltenen Befunden in Bruchsackwandungen, zugleich ein Beitrag für die Lehre vom Auftreten ektopischer Decidua. (Auguste Viktoria-Heim, Eberswalde.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 6, S. 315—319. **31**, 753.

Incarcerierte Hernien (*siehe auch die einzelnen Hernienarten, folgende Kapitel*).

Bozščevskaja, M. Z., Ein Fall von Divert. Meckeli. Incarceration in einem Bruchsack. (Chir. Krankenh. Babuskin, Kijev.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 610.) (Russisch.) *

Kibardin, P., Zur Kasuistik der Darmeinklemmung in einem Schlitze des Mesenteriums. (Eisenbahnkrankenh., Nowo-Nikolajewsk [Sibirien].) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 344.) (Russisch.) **33**, 315.

Kunz, Hubert, Ein Fall retrograder Hodenincarceration. (Krankenanst. „Rudolfstiftung", Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 33, S. 1810—1811.) **34**, 190.

Mourgue-Molines et Fayot, Hémorragie intestinale grave, consécutive à une hernie étranglée. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. **6**, H. 4, S. 183—188.) **32**, 888.

Ritter, Carl, Weitere Beiträge zur Brucheinklemmung. (Evang. Krankenh., Düsseldorf.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 308—324.) **33**, 521.

Schäffer, Wie kommt die Einklemmung der Unterleibsbrüche zustande? (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 1, S. 128—149.) **33**, 114.

Volkov, K., Seltene Formen der Brucheinklemmung. (Novyj chirurgičeski archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 611.) (Russisch.) **35**, 830.

Welchmann, W., Case of double strangulated herniae. (Gen. hosp., Johannesburg.) (Med. journ. of South Africa Bd. **21**, Nr. 5, S. 131—132.) *

Westman, Axel, A case of incarcerated hernia in the foramen of Winslow. (Karlstad, hosp., Karlstad, Sweden.) (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 2, S. 181—183.) **32**, 414.

Wolkow, K. W., Über eine seltene Form von incarcerierter Inguinalhernie. (Chir. Krankenh., Jadrin.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 296—297.) (Russisch.) *

Zimmermann, Andreas, Drei Fälle von incarcerierten Inguinalhernien. (Chir.-gynäkol. Sanat. Dr. Brezovsky, Novisad.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 8, S. 410 bis 412.) **31**, 752.

Retrograde Incarceration der Hernien (Hernie in W-Form)

Pólya, E., Zur Pathologie und Klinik der retrograden Einklemmung. (III. chir. Abt., St. Stephanspit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 45, S. 2518—2522.) **33**, 902.

Hernia cruralis.

Čalussov, M., Mein Operationsverfahren bei Schenkelhernien. (Chir. Klin., Univ. Ssamara.) (Kazanskij medicinskij žurn. Jg. **21**, Nr. 6, S. 701—707.) (Russisch.) **34**, 244.

Fagrov, I., Außennähte bei der radikalen Operation der Schenkelhernie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 63—64.) **37**, 349.

Ferrante, Pascucci, Caso di rottura spontanea di voluminoso sacco erniario crurale con fuoriuscita di anse intestinali. (Sez. chir., osp. civ., Sant'Arcangelo di Romagna.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 38, S. 1318—1319.) 33, 590.
Hodgson, Norman, Strangulated femoral hernia associated with an appendix abscess in the hernial sac. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 386.) *
Krüger, Herm., Ein einfacher plastischer Verschluß des Schenkelbruchkanals. (Stadtkrankenh., Weimar.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 37, S. 2052—2053.) 33, 113.
Morone, Giovanni, Osservazioni anatomiche e cliniche intorno all'ernia crurale vaso-lacunare. (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 37, H. 3, S. 273—309.) 32, 606.
Northrop, Herbert L., Femoral hernia. Operation by the inguinal route. (Hahnemann hosp., Philadelphia.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 6, S. 1674 bis 1678.) *
Valjaško, G., Über Schenkelhernien beim Manne infolge von Inanition. (II. chir. Klin., Simferopol.) (Vračebnoje delo Jg. 8, H. 2, S. 148—152.) (Russisch.) 35, 756.
Watson, Leigh F., Inguinal operation for femoral hernia. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 12, S. 308—310.) 34, 244.

Hernia diaphragmatica und Eventratio diaphragmatica.

Anca, Emanuel, Drei Fälle von erworbener Eventratio diaphragmatica. (Med. clin., univ., Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 11/12, S. 447—456.) (Rumänisch.) *
Antoine, Edouard, et André Bisson, Un cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac, non traumatique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 2, S. 147—151.) *
Bierman, Morris I., Idiopathic eventration of the diaphragm. (Radiology Bd. 4, Nr. 2, S. 122—124.) *
Bonniot, Albert, et Paul Maury, Traitement de la hernie diaphragmatique étranglée et sphacélée. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 4, S. 477—499.) 33, 244.
Dawydov, P. D., Ein Fall von Lähmung der linken Zwerchfellkuppe bei einem dreijährigen Kinde. (Univ.-Kinderklin., Taschkent, Chef, Prof. N. J. Ossinovskij.) (Trudy destskoj kliniki Ssredne-Asiatskowo Gossudarstwennowo Universiteta 1924/1925 Bd. 1, H. 1, S. 58—59.) (Russisch.) 35, 95.
Fernández, Ubaldo, Angeborene Zwerchfellhernie beim Neugeborenen. (Clin. obstétr. y ginécol., univ., Buenos Aires.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 44, S. 1083—1090.) (Spanisch.) *
Friedenwald, Julius, and Maurice Feldman, Report of an interesting type of diaphragmatic hernia of the cardia of the stomach through the esophageal orifice. (Gastroenterol. clin., dep. of med., univ. of Maryland, Baltimore.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 2, S. 263—271; Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. 40, S. 321—331.) 32, 887. 35, 296.
Fuchs, B., Über angeborene Zwerchfellbrüche. (Inst. f. oper. Chir. u. topogr. Anat., Univ. Tomsk.) (Dir. Prof. W. N. Savin.) (Izvestija Tomskowo Gosudarstvennovo Universiteta Bd. 73, S. 137—164.) (Russisch.) 38, 118.
Healy, Thomas R., Symptoms observed in fifthy-three cases of non-traumatic diaphragmatic hernia. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 3, S. 266—271.) 37, 348.
Hedblom, Carl A., Diaphragmatic hernia. A study of three hundred and seventy-eight cases in which operation was performed. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 13, S. 947—953.) 33, 519.
Hernies, Les — diaphragmatiques. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 43, S. 699—700.) *
Hutchinson, R. J., Traumatic diaphragmatic hernia with report of a case. (Journ. of surg. a. med. Bd. 38, Nr. 4, S. 140—143.) *
Kolta, Erwin, Ein Fall von rechtsseitiger Hernia diaphragmatica. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 4, S. 565—567.) 32, 604.
Koopmann, Hans, Über einen Fall von erworbener incarcerierter Hernia diaphragmatica spuria. (Hafenkrankenh., Hamburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 28, S. 1159—1160.) 32, 767.
Kytmanov, A. K., Ein Fall von Zwerchfellstichschnittwunde. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Dr. Polikarpov, Tomsk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 605—606.) (Russisch.) 35, 829.
Madinaveitia, J. M., Ein Fall von Hernia diaphragmatica. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 165, S. 375—376.) (Spanisch.) *
Malter Terrada, Horacio, Ein Fall von Zwerchfellhernie des Magens. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. P. Escudero Jg. 1925, S. 413—420.) (Spanisch.) 34, 781.
Matolay, György, Über Hernia diaphragmatica. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 39, S. 925—927.) (Ungarisch.) 33, 731.

Morrison, L. B., Diaphragmatic hernia of fundus of stomach through the esophageal hiatus. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 161—163.) 31, 380.

Nicolaysen, Lyder, Über rechtsseitigen idiopathischen Zwerchfellhochstand. (Städt. Krankenh. Ullevaal, Oslo.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 4, S. 561 bis 562.) *

Olmos, José E., M. Cossio Echecopar und E. Sabaté, Zwerchfellhernien traumatischen Ursprungs. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 38, S. 683—687.) (Spanisch.) 34, 243.

Piccinino, Guido, Eventratio diaphragmatica. (Terapia fisica, osp. uniti, Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 4, S. 610—623.) 37, 598.

Possati, Alberto, Un caso di ernia diaframmatica. Stomaco a ferro di cavallo. Ectopia del ceco. (Istit. di radiol. „Villa Verde", Bologna.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 7, S. 440—451.) 32, 604.

Ratkóczi, Nándor, und Zoltán Rausch, Hernia diaphragmatica oesophagea. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 36, S. 863—865.) (Ungarisch.) 33, 244.

Reifenstein, Edward C., Eventration of the diaphragm, with a report of a case emphasizing the value of the movements of the costal margins in diagnosis. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 5, S. 668—679.) 32, 289.

Samaja, Nino, Mobilità apparente del fegato nella paralisi diaframmatica destra. (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. 3, Nov.-Dez.-H., S. 323—336.) 35, 755.

Savy, P., Le faux pneumothorax d'origine gastrique par hémiatrophie diaphragmatique. (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 133, S. 401—405.) 34, 243.

Spirt, J., Zur Klinik der Relaxatio diaphragmatica. (Med. Klin., med. Hochsch., Odessa. Dir. Prof. Buchstab.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1440—1444.) (Russisch.) *

Stadtmüller, Franz, Beobachtungen über wahre paracœsphageale Zwerchfellhernien und ihre Beziehungen zu Anomalien des Diaphragmas. (Anat. Inst., Univ., Göttingen.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 76, H. 1/3, S. 188—199.) 32, 33.

Szántó, József, Fall von Relaxatio diaphragmatica. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 30, S. 704—706.) (Ungarisch.) *

Verbrycke jr., J. Russell, Eventration of the diaphragm. With report of seven cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 415—420.) 31, 753.

Wells, Joseph J., Diaphragmatic hernia. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 12, S. 760—761.) 32, 604.

White, James C., Right-sided diaphragmatic hernia. Report of a case occurring with an intrathoracic neoplasm compressing the right phrenic nerve. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 3, S. 203—213.) 33, 111.

Hernia epigastrica und Lineae albae.

Goyena, Juan Raúl, Magenstörungen bei epigastrischer Hernie. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 38, S. 673—680.) (Spanisch.) 34, 243.

Massé, L., La hernie épigastrique étranglée. (Rev. chir. Jg. 44, Nr. 2, S. 126 bis 137.) 31, 544.

Rippin, S., Zur Pathologie des Meckelschen Divertikels. Ein Fall von Einklemmung und Nekrose des letzteren in einem postoperativen Bruche der Bauchmittellinie. (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. 6, H. 7/9, S. 48—51.) (Russisch.) *

Hernia inguinalis.

Bayer, Carl, Gibt es sichere Merkmale für das Angeborensein eines Leistenbruches? (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 37, S. 2059—2062.) 33, 112.

Bearse, Carl, Single incision for bilateral inguinal hernia. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 18, S. 851—852.) 32, 290.

Bobin, W. W., Einige Besonderheiten des Baues der unteren Muskelbündel des Obliquus abdom. internus und ihre Bedeutung für die Hernienoperation. (Festschr. f. N. Trinkler. Staatsverl. d. Ukraine S. 22—26. 1925.) (Russisch.) 33, 113.

Bonora, Antonio, Diverticolite erniaria di Meckel simulante un'ernia inguinale sinistra obliqua esterna strozzata. (Osp. mandament. S. Giuseppe, Copparo.) (Atti d. accad. d. scienze med. e nat. di Ferrara Ser. 2, Bd. 2, S. 3—11.) 35, 756.

Chavan, S. G., and J. P. Arland, Notes on a large scrotal hernia operated upon under apothesine. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 6, S. 272—273.) *

Cohen, Harry, The combined right inguinal hernia and appendix operation. (Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 6, S. 345.) 32, 415.

Colombano, Mario, L'ernia del cieco e dell'appendice nel canale inguinale di sinistra. (Osp. magg. [Milano] Jg. 18, Nr. 5, S. 142—144.) 32, 888.

Contarini, Francesco, Contributo allo studio dell'ernia obliqua interna. (Sez. chir., osp. civ., Rimini.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. **9**, S. **144—145**.) **32**, 415.
Dreessen, Jos., Über Magen als Inhalt des Leistenbruches. (Marine-Hosp., Aachen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 9, S. 457—462.) **31**, 381.
Eliot jr., Ellsworth, Anatomy and treatment of reducible oblique inguinal hernia. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. **3**, S. **441—451**.) **33**, 900.
Filippov, N., Zur Frage der radikalen Operation der Inguinalhernien bei Kindern. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 18, S. 1264—1267.) (Russisch.) **35**, 756.
Goetsch, Arthur, Conservation of testis in repair of hernia complicated by undescended testis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 1, S. 1—4.) **32**, 550.
Goldenberg, Boris, La suture autoplastique dans la cure radicale des hernies inguinales. (I. hôp., Czitomir [Ukraine].) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. **92**, S. 1524 bis 1525.) **33**, 901.
Golovčiner, E., Ein Fall von rechtsseitiger Inguinalhernie des Blinddarms und Scheinreposition des linksseitigen Bruches mit Einstülpung des Bruchsackes in die Bauchhöhle. (Chir. Klin., Univ. Kijev.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 4, Nr. 32, S. 612—613.) (Russisch.) *
Haines, Charles Everett, A phase of hernia too little emphasized. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 2, S. 101—102.) **31**, 382.
Hartmann, Hernie inguinale et ectopie testiculaire. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 42, S. 677—678.) **34**, 244.
Holmann, E., Tendon-to-tendon approximation in the halsted type of hernial repair: the elimination of tension. (Ohio state med. journ. XXI, S. 321.) **33**, 732.
Horine, Cyrus F., Strangulated inguinal hernia of the urinary bladder. Report of two cases. (Dep. of surg., univ. of Maryland, Baltimore.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 33.) **34**, 244.
Hughson, Walter, The persistent or preformed sac in relation to oblique inguinal hernia. (Dep. of surg., Johns Hopkins univ. a. med. school, Baltimore.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 610—614.) **33**, 901.
Juillard, Edouard, Quelques considérations à propos d'un cas de perforation intestinale à la suite de contusion d'une hernie inguinale. Réduction spontanée de l'anse perforée en voie d'étranglement, suture de la perforation, guérison. Mort par occlusion intestinale dix mois après. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 18, S. 392 bis 394.) **32**, 34.
Kaščenko, M., Zur Klinik der Leistenbrüche. (Chir. Klin., Prof. Waljaško, Univ., Simferopol, Krim.) (Krimskij medicinskij archiv Bd. **1**, Nr. **3**, S. **409—415**.) (Russisch.) *
Kunz, Hubert, Ein Fall retrograder Hodenincarceration. (Krankenanst. „Rudolfstiftung", Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 33, S. 1810—1811.) **34**, 190.
Lieschied, A., Zur Radikaloperation großer Leistenbrüche mittels Bruchsackplastik. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 307 bis 315.) **32**, 415.
Ludlow, A. I., Inguinal hernia: Report of 100 operations on Korean patients. (China med. journ. Bd. **39**, Nr. 3, S. 204—218.) **35**, 830.
Macaggi, G. B., Contributo clinico allo studio dell'ernia inguinale obliqua interna. (Osp. Duchessa di Galliera, Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. **3**, S. 289 bis 300.) **33**, 901.
Malinowskij, I., Zur Frage über das Inguinaldreieck nach Untersuchungen bei Kindern, angefangen vom 5monatigen Fetus bis zum 3monatigen Alter des extrauterinen Lebens. Vorl. Mitt. (Irkutskij medizinskij žurnal Jg. **2**, Nr. 5/6, S. **5—6**.) (Russisch.) **35**, 399.
Masslov, I., Roux' Verfahren bei Inguinalherniotomien. (Verhandl. d. **2**. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 52—53. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **34**, 586.
Mollá, Victor-Manuel, Modifikation des Barkerschen Verfahrens bei der Leistenhernie. (Med. ibera Bd. **19**, Nr. 385, S. 291—294 u. Nr. 386, S. 315—319.) (Spanisch.) **32**, 146.
Monti, Giuseppe, Sull'ernia inguinale obliqua interna. (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. **8**, Juli-Aug.-H., S. 250—257.) **33**, 590.
Nikitin, M., Hernia encystica communicans. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 179—181.) (Russisch.) **33**, 315.
Poucel, J., et Georges Darcourt, Peut-on diagnostiquer les hernies du caecum et de l'appendicite chez l'enfant? (Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2048, S. 3403 bis 3407.) **34**, 587.
Rives, J. D., Inguinal hernia: Essential features in surgical treatment. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **77**, Nr. 12, S. 535—539.) **32**, 605.

Roberts, George W., and Kingsley Roberts, The suture of the aponeurosis of the internal oblique muscle to the ligament of Poupart for the cure of inguinal hernia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 833—838.) **32**, 146.

Rowley, W. N., Report of a case of inguinal hernia complicated by hernia of the ovaries and tubes. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 5, S. 709—711.) *

Rubaschew, S. M., Thrombose des Plexus prostaticus als seltene Komplikation der radikalen Herniotomie. (Chir. Univ. Klin., Minsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 11, S. 275.) (Russisch.) **35**, 398.

Ruddere, de, Procédé rétrofuniculaire dans la cure de la hernie inguinale. (Scalpel Jg. 78, Nr. 24, S. 564—566.) **33**, 113.

Russell, R. Hamilton, Inguinal hernia and operative procedure. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 605—609.) **33**, 900.

Solms, E., Zur Leistenbruchoperation der Frau. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 22, S. 1173—1175.) **32**, 766.

Tawaststjerna, O., Ist Muskelplastik bei Operation von Hernia inguinalis bei Kindern erforderlich? (Länskrankenh., Tavastehus, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 55—58.) **31**, 180.

Tseng, Lichuen, Dünndarmvolvulus in einer incarcerierten Leistenhernie. (Chir. Abt., Paulun-Hosp., Clinicum, Tung-chi Univ., Schanghai.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 390—396.) **32**, 605.

Vertán, E., Modifikation der Bruchoperation bei Kindern. (XII. Tag. d. ung. Ges. f. Chir., Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *

Watson, Leigh F., Lateral displacement of the cord in oblique inguinal hernia operations. A modified Bassini operation to lessen recurrence in selected cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 119.) **31**, 253.

Wolkow. K. W., Über eine seltene Form von incarcerierter Inguinalhernie. (Chir. Krankenh., Jadrin.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 296—297.) (Russisch.) *

Woskressenskij, N. W., Über einen Fall von Einklemmung eines rechtsseitigen Leistenbruches, durch einen eitrigen Prozeß in der Umgebung desselben hervorgerufen. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Rjasan, Dr. Rauch.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 149.) (Russisch.) **34**, 846.

Zembrzuski, Ludwik, Zur Behandlung der Leisten- und Nabelbrüche bei Säuglingen. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 19, S. 439—443.) (Polnisch.) **33**, 589.

Hernia obturatoria.

Kreyberg, Leiv, Ein Fall von Hernia obturatoria. (Med. rev. Jg. 42, Nr. 4, S. 176 bis 182.) **32**, 414.

Hernia umbilicalis.

Roeder, C. A., A modified Mayo umbilical herniotomy. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 707—708.) **32**, 290.

Walzel-Wiesentreu, Peter, Bauchfettresektion bei Operationen von Nabelbrüchen und Hernien der Mittellinie Erwachsener. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 2, S. 221—239.) **33**, 245.

Zembrzuski, Ludwik, Zur Behandlung der Leisten- und Nabelbrüche bei Säuglingen. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 19, S. 439—443.) (Polnisch.) **33**, 589.

Hernia ventralis.

Almendinger, P., Ein Fall von Nabelschnurbruch. (Gynecol. Klin., Prof. Bondarev, Univ., Simferopol, Krim.) (Krimskij medicinskij archiv Bd. 1, Nr. 3, S. 324—326.) (Russisch.) *

Babcock, W. Wayne, Interdigitation in the reapir of large ventral hernias with observations on lipectomy. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 852—857.) **32**, 605.

Fowelin, H., Plastischer Verschluß großer Bruchpforten durch pelottenartige Implantation des Bruchsackes. (Chir. Abt., dtsch. Krankenh., Riga.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 29, S. 1590—1591.) **32**, 605.

Goljanitzkij, S., Die soziale Pathogenese der Bauchwandbrücke. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 387—390.) (Russisch.) *

Goljanizkij, I., Zur Frage über die Entstehung der ventralen Hernien. (Wwedenijew sozialjnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej, S. 95—106. Moskau 1925.) (Russisch.) **34**, 93.

Hermans, A. G. J., Hernia ventralis lineae semilunaris Spiegelii. (Chir. klin., St. Franciscusgasth., Rotterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 4, S. 374—377.) (Holländisch.) **32**, 146.

Jürgens, B., Über Nabelschnurbrüche. (Eesti Arst Jg. 4, Nr. 9, S. 267—270.) (Estnisch.) 33, 731.
Krjukoff, M. A., Zur Frage über die Entstehung ventraler Hernien. (Wwedenijew sozialjnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej, S. 82—95. Moskau.) (Russisch.) *
Orth, Oscar, Plastischer Verschluß großer Bauchhernien. (Landeskrankenh., Homburg [Saar].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 25, S. 1356—1357.) 32, 414.
Ryžich, A. N., Beiträge zur Frage über die operative Behandlung der Ventralhernien (H. umbilicalis et lineae albae). (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Wišnewskij, Kazan.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 3, H. 8/9, S. 91—110 u. Bd. 4, H. 12, S. 190—202.) (Russisch.) 34, 846.
Verschluß, Über den operativen — großer Brüche der oberen Bauchgegend. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 3, S. 95—96.) (Polnisch.) *

Andere Hernienarten.

Almendinger, P., Ein Fall von Nabelschnurbruch. (Gynecol. Klin. Prof. Bondarev, Univ. Simferopol, Krim.) (Krimskij medicinskij archiv Bd. 1, Nr. 3, S. 324—326.) (Russisch.) *
Bell, George, Maydl's hernia. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 9, S. 258—259.) *
Bogojavlenskij, N. V., Zwei Fälle von Adnexhernien. (Chir. Frauen-Abt., Gouvernementskrankenh. Tambov, Dr. Baratynskij.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 437—438.) (Russisch.) 35, 831.
Brown, Francis R., Right duodenal hernia: With report of a case successfully operated on, the fourth recorded recovery. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 367 bis 376.) 33, 520.
Bykowskij, B., Über die Gleitbrüche. (Chir. Fak.-Klin., Univ., Smolensk, Prof. Lindberg.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 388—398.) (Russ.)*
Calvanico, Raffaele, Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dell'ernia diverticolare (Ernia vera di Littre). Caso clinico e ricerche anatomo-istologiche. (Istit. di anat. ed istol. patol., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 1, S. 10—12, Nr. 2, S. 19—24 u. Nr. 3, S. 35—39.) 32, 290.
Dansey, St. J. W., Urethral hernia of the bladder. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 5, S. 137.) 35, 775.
Farr, Robert Emmett, and Clarence W. Brunkow, Hernia of the bladder. A brief review of the literature with a case report and a suggestion of a positive method for pre-operative diagnosis. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 264—272.) 33, 590.
Fleissig, Julius, Zur Frage der Entstehung der Dickdarmgleitbrüche. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1249—1254.) 32, 291.
Golovčiner, E., Ein Fall von rechtsseitiger Inguinalhernie des Blinddarms und Scheinreposition des linksseitigen Bruchs mit Einstülpung des Bruchsackes in die Bauchhöhle. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 612—613.) (Russisch.) *
Gordon-Watson, C., A case of hernia of the small intestine through the colostomy wound twelve years after abdomino-perineal excision of the rectum for carcinoma. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 4, sect. of surg., sub-sect. of protol., 12. IX. 1924, S. 10.) *
Groulard, Iwan, Hernie étranglé du triangle de J.-L. Petit. (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. 59, Okt.-H., S. 68—70.) *
Heaney, F. Strong, and G. C. E. Simpson, Two cases of hernia through the transverse mesocolon. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 387—393.) 33, 520.
Heinlein, Heinrich, Zum Kapitel der Hernia properitonealis. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 39, S. 2172—2175.) 33, 590.
Hilarowicz, Henryk, Über die Entstehung der Ovarialhernien. (Klin. chir., univ., Lwow.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 4, S. 79—81.) (Polnisch.) 37, 271.
Jürgens, B., Über Nabelschnurbrüche. (Eesti Arst Jg. 4, Nr. 9, S. 267—270.) (Estnisch.) 33, 731.
Kibardin, P., Zur Kasuistik der Darmeinklemmung in einem Schlitze des Mesenteriums. (Eisenbahnkrankenh., Nowo-Nikolajewsk [Sibirien].) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 344.) (Russisch.) 38, 315.
Kohfahl, Über einen Fall von incarcerierter Mesenterialhernie. (Staatskrankenh., Cuxhaven.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 28, S. 1160—1161.) 32, 766.
Koljubakin, S. L., Herniae lineae Spigelii. (Propädeut. chir. Univ.-Klin., Saratow.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 4, S. 739—762.) 33, 112.
Kremser, Kurt, Über einen Fall von Hernia foraminis Winslowii mit normaler Eintrittspforte. (Altona/Elbe: H. Lorenzen 1925. 4 S. RM. 1.—.) *
Lower, William E., and C. C. Higgins, Retroperitoneal hernia. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 576—583.) 33, 521.

McKenzie, W. G., and Duncan Wood, Strangulated hernia through the foramen of Winslow. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 613—614.) *
Marinacci, Sertorio, Di una forma rara di ernia di Littre. (Osp. S. Giacomo, Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 14, S. 487—488.) 31, 754.
Moschcowitz, Alexis V., The rational treatment of sliding hernia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 330—334.) 32, 291.
Nikitin, M., Hernia encystica communicans. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 179—181.) (Russisch.) 38, 315.
Podgorbunskij, M., Zur Frage über die Hernia duodenojejunalis. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk, Prof. Beresnegovskij †.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk S. 60—70.) (Russisch.) 38, 119.
Prokin, A. D., Ein Fall von Incarceration des S Romanum in einer Mesenteriumsöffnung. (Chir. Klin., I. Univ., Moskau, Prof. Martynov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 85—91.) (Russisch.) *
Rechess, G., Zur Frage der operativen Behandlung der Lendenbrüche. (Kabinett d. topograph. Anat. u. operat. Chir., med. Inst., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 119—120.) 30, 932.
Shapiro, A., Zur Kasuistik der inneren Bauchhernien. (Chir. Abt., Hadassah-Hosp., Tel-Aviv, Palästina.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 28, S. 1541—1544.) 32, 889.
Short, A. Rendle, On retroperitoneal hernia: With a report on the literature. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 456—465.) 31, 383.
Sillman, Eino, Ein Beitrag zur Kenntnis der Lendenbrüche. (Chir. Univ.-Klin., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 322—396.) 31, 380.
Stoian, C., Dan Teodorescu und Al. Florescu, Ein Fall von akutem Ileus durch Einklemmung einer Dünndarmschlinge im Recessus ileocoecalis superior und totaler Dünndarmvolvulus durch Torsion des Mesenteriums. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 10, S. 397—402.) (Rumänisch.) *
Teplitz, V. L., Über Hernien der inneren weiblichen Geschlechtsorgane. (Chir. Frauen-Abt., Obuchov-Krankenh., Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 130—139.) (Russisch.) 35, 566.
Vanverts, J., Un cas de prolapsus vaginal vrai du rectum (hernie vaginale du rectum). (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 6, S. 477—478.) 33, 128.
Virgillo, Francesco, L'ernia lombare. (Osp. milit. marittimo, Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 4, S. 337—417.) 34, 94.
Vogeler, K., Die Hernien der Fossa supravesicalis. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 48, S. 2690—2694.) 33, 902.
Watson, Leigh F., Sliding hernia. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 155—163.) *
Westman, Axel, A case of incarcerated hernia in the foramen of Winslow. (Karlstad hosp., Karlstad, Sweden.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 2, S. 181—183.) 32, 414.

Magen, Duodenum und Dünndarm.

Übersichtsreferat.

Von

Franz Colmers, München.

Anatomie und Physiologie.

Herlet untersuchte mittels Injektionsmethode die Magengefäße und fand sowohl am Pylorus die Gefäße besonders dünn und spärlich als auch an der Waldeyerschen Magenstraße. Er schließt daraus, daß die Blutzufuhr hier schlechter ist als in den übrigen Abschnitten des Magens und hält die Gefäße hier für besonders disponiert für Zirkulationsstörungen; andererseits können sie nach Eintritt solcher diese viel schwerer und langsamer durch einen Kollateralkreislauf ausgleichen. Napalkovs Untersuchungen der Magenstraße ergaben, daß ihre arterielle Versorgung gering ist; es handelt sich meist um Endarterien. Die Besonderheiten der Struktur der Magenstraße spielen nach seiner Auffassung in der Pathogenese des runden chronischen Magengeschwürs eine bestimmte Rolle; diese Struktur erkläre es, daß die Magenstraße für Ulcus prädisponiert ist. Thorell bestätigte experimentell die bereits 1913 von Forssell aufgestellte Hypothese, daß in der Magenschleimhaut (Muscularis mucosae) ein wichtiger Bewegungsmechanismus vor-

handen ist. Michon und Magrou fanden experimentell beim Hunde, daß ein operativ gesetzter Schleimhautdefekt spontan und ziemlich rasch abheilt; die Regeneration ist vollkommen nach 7 Monaten. M'Crea, M'Swiney, Morison und Stopford haben experimentell an Tieren und mittelst Röntgendurchleuchtung am Menschen die normalen Magenbewegungen studiert und fanden, daß sowohl bei Tieren (Hund, Kaninchen, weniger allgemein bei der Katze) wie beim Menschen allgemein die als Zweiphasentyp bezeichnete Bewegungsart vorkommt. Der Einphasentyp ist allgemein bei der Katze zu finden, kommt auch beim Menschen und dem Kaninchen vor, fehlt aber beim Hunde. Der Einphasentyp mit seinen tiefen peristaltischen Wellen erkläre das sog. „doppelte Antrum". Hitzenberger und Reich wiesen nach, daß der gesunde Magen der Kyphotiker eine Reihe typischer Veränderungen im Röntgenbilde aufweist: Er ist meist gehoben und mit den caudalen Teilen nach rechts verlagert und täuscht ptotisch-atonische Bilder vor; an der großen Kurvatur zeigt er eine tiefe Kerbe und knickt beim Sitzen ab, was die Ulcusbildung begünstige. Carlson und Litt zeigten experimentell am Hunde, daß die Vagi erregende und hemmende Fasern für den Pylorus führen; demnach könne die Ansicht, Vagus und Splanchnicus als Antagonisten zu betrachten, nicht mehr aufrecht erhalten werden. Barsony und Hortobagyi leugnen den vom Duodenum angeblich ausgelösten Pylorusreflex (schnellere Entleerung beim Ulcus duodeni, desgleichen bei hoher Duodenalfistel) und konnten experimentell nachweisen, daß es sich um eine reflektorische Wirkung auf die Muskulatur der Magenwand handelt, welche die raschere Entleerung des Magens zustande bringt.

Gastroskopie.

Über diese neue Untersuchungsmethode liegt eine ganze Anzahl von Arbeiten vor, aus denen zwar ihr Wert hervorgeht, die aber keineswegs ihre Gefahrlosigkeit erweisen. Nicht weniger als drei Todesfälle infolge Perforation werden berichtet, die erfahrenen Untersuchern zur Last fielen (Sauerbruch berichtet über einen von Sternberg gastroskopierten Fall, der trotz vorgenommener Operation an Mediastinitis zugrunde ging, Bingel über eine Perforation in die Pleura dicht oberhalb der Kardia und Knock über eine Perforation an der Hinterwand des Magens). Sauerbruch lehnt deshalb die Gastroskopie ab und hält die Probelaparotomie für ungefährlicher; Knock hält zwar die Gastroskopie für eine wesentliche Bereicherung der Diagnostik und für unentbehrlich bei gewissen Fällen, in denen die Probelaparotomie nicht ratsam ist, warnt aber vor der ambulanten Ausführung des Verfahrens. Hübner hingegen tritt mit dem letzten Kongreß für Stoffwechsel- und Verdauungskrankheiten für die Gastroskopie als einfache Untersuchungsmethode ein und hält sie für berechtigt und zweckmäßig. Er berichtete über 104 untersuchte Fälle, von denen 72 durch die Operation nachkontrolliert wurden; in 50% der Fälle war die Diagnose zutreffend, in 39% waren es Fehldiagnosen; er gibt ferner zu, daß ein negativer gastroskopischer Befund nicht beweisend für das Fehlen pathologischer Veränderungen ist. Auch Korbsch betont die große Bedeutung der Gastroskopie für die Erkennung der unter Ulcussymptomen verlaufenden Gastritis chronica; er bezeichnet das Schindlersche Gastroskop als das beste. Rahnenführer hat 180 Fälle gastroskopisch untersucht, weist auf die damit verbundenen Gefahren hin und warnt davor, auf die Unfehlbarkeit der Methode übertriebene Hoffnungen zu setzen. Hohlweg hält zwar die Gastroskopie in 90—95% der Fälle für technisch möglich, will sie aber nur nach Erschöpfung aller anderen Untersuchungsmethoden angewandt wissen. Was die Technik der Gastroskopie angeht, so tritt Schindler für die palpatorische, nicht für die okulare Einführung des Gastroskops ein; sein mit dem Elsnerschen federnden Gummiansatz des Mandrins versehenes Gastroskop drang in den Fällen spielend in den Magen ein, in denen das Oesophagoskop wegen des Widerstandes am Hiatus nicht weiter geschoben werden konnte. Sternberg empfiehlt für schwierige Fälle Kolonaufblähung, wodurch der Pylorus oft um 10 cm gehoben werden

solle. Für die Besichtigung des Magens von der Laparotomiewunde aus hat Beck ein Instrument konstruiert und auch Tucker benutzt dieses Verfahren zur retrograden Oesophagoskopie; es gelang ihm auf diese Weise bei einer schweren Verätzungsstriktur der Speiseröhre, unter Leitung des Auges von unten her eine Sonde einzuführen.

Überblicken wir die Veröffentlichungen über diese neue Untersuchungsmethode, so muß gesagt werden, daß diese vorläufig noch durchaus als keine allgemein auszuführende diagnostische Methode zu gelten hat, daß sie nur unter genauer Indikationsstellung und von erfahrenen Untersuchern, am besten klinisch, ausgeführt werden sollte.

Die Magenberstung bespricht Busch; die Gegend der kleinen Kurvatur nahe der Kardia ist anscheinend auf Grund anatomischer und physikalischer Verhältnisse bei Überdehnung der Ort der geringsten Widerstandsfähigkeit. In 316 Fällen, die unter den Verdacht eines Ulcus oder Carcinoms kamen und stets als Magenatonie ohne Wandläsion festgestellt werden konnten, wies Leb in der Lungenperipherie einen kalkdichten, ausgeheilten, tuberkulösen Primäraffekt nach und dem Lungenstiel angelagerte Konglomerate von verkalkten Drüsenschatten; die Magenform ist hier bedingt durch eine Vagusschädigung. Magendivertikel werden mehrfach berichtet, so von Emery, von Fleischner und von Cleve; der von letzterem beschriebene Fall wies im Divertikel ein Sarkom auf. Die Divertikel werden vor allem mittels der Röntgendurchleuchtung festgestellt und finden sich überwiegend nahe der Kardia; sie werden hier als Pulsionsdivertikel gedeutet. Volvulus des Magens ist eine seltene Erkrankung und ereignet sich gewöhnlich bei bereits bestehendem Sanduhrmagen; den bisher veröffentlichten 32 Fällen fügen Nockolds und Gill je einen weiteren hinzu.

Die für die Ptose des Magens am häufigsten empfohlenen Operationsverfahren sind die nach Perthes und nach Rovsing. Martin schlägt die Resektion vor, die er in vier Fällen ausgeführt hat, verfügt aber noch nicht über Dauererfolge; auch Braizew gibt eine neue Operationsmethode an (Annähen des Mesocolons an die vordere Bauchwand in Höhe der zehnten Rippe). Liek hingegen lehnt nachdrücklich jede Operation bei Ptose ab, da diese nur ein Symptom sei; nicht dieses, sondern die fehlerhafte Konstitution sei zu behandeln; die operativen Erfolge der Gastroptose seien bei kritischer Bewertung sehr gering. Mir scheint für die Berechtigung der Liekschen Anschauung zu sprechen, daß in den letzten Jahren die Veröffentlichungen über die operative Behandlung der Ptose wesentlich spärlicher geworden sind.

Bei Tetanie des Magens empfehlen Joumans und Greene die intravenöse Infusion von 400 ccm 0,82proz. Ammoniumchloridlösung, die in einem von ihnen beobachteten Falle prompt wirkte.

Pylorospasmus, hypertrophische Pylorusstenose (angeborene und bei Erwachsenen).

Der Amerikaner Bolling berichtet über das große Material von 454 nach Fredet-Rammstedt operierten Fällen. Für ihn gilt als Indikation zur Operation, wenn das Erbrechen länger als 8 Tage besteht. Kinder in gutem Zustande operiert er innerhalb von 24 Stunden, 12 Stunden nach subcutaner Verabreichung einer 3proz. Glucoselösung. Heruntergekommene, wasserverarmte Kinder werden erst nach 2—3 Tagen nach ausgiebiger Infusionsbehandlung operiert. So konnte er die Mortalität innerhalb der ersten 72 Stunden von 9% auf 3% herabdrücken — immerhin betrug seine Gesamtmortalität 15%; allerdings teilt er mit, daß er unter den letzten 40 Privatfällen nur einen verlor. Benoit meint, daß die noch hohe Mortalität der Operation geringer werden wird, wenn die Kinder früher zur Operation kommen werden; auch er hält die Rammstedtsche Methode, wie fast alle Autoren, für die beste und die Methode der Wahl. Dellepiane will den Eingriff in Rauschnarkose ausgeführt haben; die Operation dürfe nicht länger als 10 Min. dauern. Nach Scott findet sich das Leiden etwa gleich häufig bei Knaben und Mädchen. Die frühesten Symptome sind Erbrechen und die charakteristische Magensteifung. Die Differentialdiagnose zwischen Stenose und Spasmus ist leicht mittels des

Röntgenverfahrens zu stellen, auf dessen Bedeutung auch Parsons hinweist (und das in Deutschland zur Diagnosestellung bei Säuglingen noch zu wenig geübt wird). Während Scott die Kinder operiert wissen will, wenn sie nicht innerhalb von 72 Stunden auf medikamentöse Behandlung reagieren, tritt Hipsley für die operative Behandlung ein, wenn unter sorgfältiger Behandlung die Symptome nicht innerhalb von 3 Wochen zurückgehen. Daß die operative Mortalität an kleineren Beobachtungsreihen noch recht hoch ist, zeigt eine Veröffentlichung von Cochran, der über 33 operierte Fälle berichtet, von denen zwölf starben (allerdings sei ein großer Teil moribund eingeliefert worden). Es ist bemerkenswert, daß aus deutschen Kliniken und großen Krankenhäusern so gut wie gar keine Berichte über größere Operationsreihen vorliegen, sondern daß die Autoren, die über den Pylorospasmus der Säuglinge berichten, warm für die konservative Therapie eintreten. So berichtet Herz über 52 Fälle mit sehr guten Erfolgen, obwohl er überhaupt keine Medikamente, sondern lediglich eine geschickte Ernährungstherapie anwandte. Nach ihm ist chirurgische Behandlung nur da angezeigt, wo eine geeignete Kinderklinik mit geschultem Personal nicht zur Verfügung steht. Aber auch amerikanische Autoren treten in zunehmendem Maße für die konservative Behandlung neuerdings ein. So hatte Suner unter schweren und schwersten Fällen nur 6—7% Mortalität; er sagt, daß es wohl einzelne Fälle gebe, die ohne Operation nicht gerettet werden können, aber die exakte Indikationsstellung fehle bisher. Auch Davison tritt für die interne Behandlung ein, die ihm in 32 Fällen 9,3% Mortalität brachte, während die chirurgische bei 28 Fällen eine solche von 14,3% aufwies. Gerstley und Wilhelmi treten in gleicher Weise für die innere Behandlung ein und halten die Operation nur in sehr seltenen Fällen für erforderlich. Neben der richtigen diätetischen Behandlung empfehlen sie große Dosen von Atropin und Papeverin; die Nahrung soll sehr heiß, und zwar in den ersten 5 Min. durch einen Sauger mit besonders enger Öffnung gegeben werden — 10—12 kleine Mahlzeiten in den ersten 24 Stunden. Kleinschmidt sah bei einem Säugling mit Pylorospasmus eine Blutung; nach anfänglicher Erholung ging das Kind an einer zweiten Blutung zugrunde; er empfiehlt daher, bei Hämatemesis nicht mit der Operation zu zögern. In diesem Falle befand sich das Geschwür unmittelbar vor dem Pylorus, während sonst sich die Ulcera gewöhnlich im Duodenum befinden; sie sind immer sekundär. Payr empfiehlt bei Pylorospasmen der Erwachsenen, die gar nicht so selten vorkommen, analog der Weber-Rammstedtschen Operation die „extramuköse Pyloromyotomie" mit Wiedervernähung der Serosa in der Längsrichtung; doch darf die Operation nur bei allseitig freiem Pförtner ausgeführt werden. Payr empfiehlt den Eingriff bei pylorusnahen, bei der Operation nicht gefundenen Ulcera, bei Gastroptose und deutlichem Pylorus-Krampfzustand mit gleichzeitiger Gastropexie und bei reflektorischem Pylorospasmus. Auch Gregory hatte in vier Fällen mit ausgesprochenen Ulcussymptomen, wo sich aber bei der Operation kein Ulcus fand, mit der extramukösen Pyloroplastik sehr gute Erfolge.

Geschwür des Magens und des Duodenums.

Die Frage der Ätiologie des peptischen Geschwürs ist trotz vieler sorgfältiger Arbeiten noch nicht geklärt; neben den alten Theorien tauchen immer wieder neue auf. Deaver meint, daß sich immer mehr die Anschauung von der infektiösen Quelle des Ulcus Bahn bricht. Auch Posselt führt die Entstehung einer großen Anzahl von Geschwüren des Magens und Duodenums auf infektiöse Darmprozesse, vor allem Ruhr, zurück. Haden und Bohan erzielten mit intravenöser Injektion von Bouillonkulturen von Zahninfektionen bei Ulcuskranken an Kaninchen in 53% der Fälle Veränderungen am Magen oder Duodenum, während mit der gleichen Methode Zahnkulturen von Patienten ohne Ulcus nur in 7% der Fälle positive Resultate erzeugten. Müller und Heimberger fanden bei capillarmikroskopischer Untersuchung von 32 frisch resezierten Ulcusmägen in sämtlichen Fällen die charakteristischen Anzeichen einer vasomotorischen

Diathese, so daß diese schönen Untersuchungen die v. Bergmannsche neurogene Theorie stützen, deren Anhänger, vornehmlich in Deutschland, sich mehren. Auch Schiassi mißt der neurogenen Entstehung eine erhebliche Bedeutung zu und versuchte deshalb durch Ausschaltung der sympathischen und parasympathischen Nerven Heilung zu erzielen, angeblich mit guten Erfolgen. Orator möchte für die chronisch-peptischen Geschwüre einer „myogenen Ulcustheorie" das Wort reden, während akute Geschwüre durch Kreislaufstörungen, auf dem Boden einer Gastritis oder infolge neurogener Einflüsse entstehen können. Berlet hält auf Grund seiner oben erwähnten anatomischen Studien die Arterien des Pylorus und der Magenstraße für besonders prädisponiert für Zirkulationsstörungen; sie können nach Eintritt solcher diese viel schwerer und langsamer ausgleichen. Er sieht darin einen anatomischen Beweis für die Entstehung von Geschwüren durch Infarktbildung. Auch Rouda und Natsuaki behaupten auf Grund ihrer Experimente, daß die akuten Magengeschwüre des Menschen aus lokalen Zirkulationsstörungen entstehen. Die Stauung in der Pfortader sei ein Nebenfaktor zur Verzögerung und Verhinderung des Heilungsprozesses; weitere wichtige Momente seien die Schädigung des Kompensationskreislaufes der Arterien, allgemeine Anämie usw. Bei Hunden lasse sich sehr leicht ein akutes Geschwür erzeugen durch Injektion von Lykopodium direkt in die Arterien des Magens. Konjetzny und Puhl nehmen auf Grund ihrer Untersuchungen an, daß in allen Fällen von Ulcus des Magens und des Duodenums eine Gastritis bzw. eine Duodenitis besteht; aus diesen entzündlichen Veränderungen entstünden Erosionen, aus denen sich das Geschwür herausbildet. Auch Kalima sieht als feste Basis für alle Ulcustheorien die stets vorhandene chronische Gastritis an. Vitón weist erneut auf seine seit Jahren verfochtene Anschauung hin, daß der Kochsche Bacillus ätiologisch für die Genese des Geschwürs des Magens und des Zwölffingerdarms verantwortlich zu machen ist, da sehr kleine Tuberkulingaben bei Ulcusbeschwerden ausnehmend günstig wirken. Die Vagotonie, der für die Ulcusgenese ein entscheidender Einfluß zukomme, sei die Folge von Störungen im Plexus coeliacus, hervorgerufen von plastischen Exsudaten in der Nachbarschaft, welche durch das Agens von Tuberkulotoxinen bedingt werden. Gerade bei präulcerösen Beschwerden wirke Tuberkulin stets und dauernd. Auch Marchesini fand in seinem Material eine Koinzidenz von Tuberkulose und Ulcus in 36,5% der Fälle und glaubt an einen Zusammenhang beider Erkrankungen (Störungen im sympathischen und parasympathischen System durch Toxine). Kaiser führt als neue Theorie der Ätiologie des Ulcus ventriculi die „Ermüdungshypotonie" des Magens als häufigste Ursache an. Keropian hat nach der experimentellen Entfernung der Epithelkörperchen samt Schilddrüse bei Hunden außer der Tetanie Hämorrhagien und Ulcerationen in der Magenwand gesehen und hält Wechselbeziehungen zwischen dem hormonalen System und den nach Thyreoparathyreoidektomie entstandene Ulcera für bewiesen. Heinatz hält den ursächlichen Zusammenhang zwischen Appendicitis und Ulcus für sehr problematisch, da erstere bei Ulcuskranken nicht häufiger angetroffen werde als bei Leuten ohne Ulcus.

In der Diagnose der Geschwürskrankheit des Magens und Duodenums ist immer mehr an die erste Stelle das Röntgenverfahren getreten, dessen Technik sich weiter vervollkommnet hat; doch soll hier weder auf die Methode noch auf die Röntgensymptomatologie weiter eingegangen werden. Als neue diagnostische Methode tritt die Chromoskopie des Magens von Glaessner und Wittgenstein auf den Plan. Die Verff. weisen an den Resultaten bei 155 Fällen den hohen diagnostischen Wert des Verfahrens nach. Bei intraglutäaler Injektion von 5 ccm wäßriger 1proz. steriler Neutralrotlösung treten nach 15—20 Min. bei normalen Säften (Duodenalsonde vorher in den Magen einlegen) Farbstoffausscheidungen auf, bei Hyperacidität und Ulcus aber bereits schon nach 5—9 Min.; bei Hypoacidität ist die Ausscheidungszeit verlängert, bei Achylien ist nach 1 Stunde noch keine Ausscheidung nachzuweisen, ebenso nicht bei resezierten Mägen. Die Ausscheidung findet, wie experimentelle Untersuchungen am Hunde ergaben, in

den Belegzellen statt. Stranz empfiehlt auf Grund von Untersuchungen in 242 Fällen die Atropinprobe von Eötvös: 1 mg Atropin subcutan injiziert verändert nicht die normale Magenmotilität; beim Geschwür des Magens oder des Zwölffingerdarmes, auch bei der chronischen ulcerösen Cholecystitis, entleert sich hingegen der Magen nicht in 4 Stunden, sondern es bleibt ein Drittel bis drei Viertel des Inhaltes zurück. Cseh-Szombathy und Bathay fanden, daß bei organischen Magenerkrankungen die Zahl der Leukocyten mit unsegmentierten Kernen vergrößert ist. Lassen sich Tuberkulose und chronische Entzündungen sicher ausschließen und ist die Zahl der Leukocyten mit unsegmentierten Kernen höher als 5%, so ist mit großer Wahrscheinlichkeit eine organische Magenkrankheit anzunehmen. Man kann durchaus mit Deaver übereinstimmen, wenn er meint, daß die Frühdiagnose der Geschwürskrankheit von der größten Wichtigkeit ist und daß die heutigen Mittel diese durchaus ermöglichen; nur sie allein ist imstande, durch eine frühzeitige geeignete Behandlung die Entwicklung eines lange bestehenden Ulcus mit seinen schwerwiegenden Folgen zu verhindern. Im Zusammenhange damit ist eine Arbeit von Proctor aus der Mayoklinik beachtenswert, in der er über Ulcera peptica bei Kindern berichtet. Er konnte in der Literatur nur 21 Fälle finden und in dem großen Material der Mayo-Klinik kam ein kindliches Magenulcus auf 1596 und zwei kindliche Duodenalulcera auf 6664 Fälle von der gleichen Erkrankung bei Erwachsenen. Gleichwohl hält er die Erkrankung bei Kindern für viel häufiger, als obige Zahlen bezeugen und allgemein angenommen wird, denn bei der Durchsicht der Krankengeschichten auf anamnestische diesbezügliche Angaben fand er, daß in 1,6% der Fälle von Magengeschwür und 2,6% der Fälle von Zwölffingerdarmgeschwür unter den je letzten 1000 Zugängen die Patienten den Beginn ihrer Beschwerden in die Kindheit zurückverlegten.

Die Therapie der Geschwürskrankheit.

Ebenso wie die Ätiologie des Leidens noch keine Klärung gefunden hat, so besteht auch bezüglich der Behandlung noch immer keine einheitliche Auffassung. Die Anschauung, die ich bereits im vorigen Übersichtsreferat im Jahre 1925 zum Ausdruck brachte, hat sich vertieft: In erster Linie kommt die systematische innere Behandlung in Betracht; operiert soll nur werden, wenn diese versagt oder ihre richtige Durchführung unmöglich ist. Nicht nur die Indikation zur Operation soll streng gestellt werden, sondern auch die Indikation zu dem in jedem einzelnen Fall einzuschlagenden Operationsverfahren; insbesondere wird immer mehr scharfe Kritik an der Gastroenterostomie und ihren endgültigen Erfolgen geübt, wie wir sehen werden. Über die Notwendigkeit einer inneren Nachbehandlung auch nach den radikalen Operationsmethoden sind sich alle erfahrenen Chirurgen einig. Die Neigung zur Durchführung der letzteren hat entschieden zugenommen, wenigstens im kontinentalen Europa, während in den angelsächsischen Ländern die Gastroenterostomie auch unter den führenden Chirurgen noch viele entschiedene Anhänger besitzt; doch setzt auch hier schon unverkennbar die Kritik an der Gastroenterostomie, zum mindesten an ihrer Ausführung ohne strenge Indikation, ein. Als neues Behandlungsverfahren ist die Proteinkörpertherapie in größerem Maßstabe weiter angewandt worden, doch ist ihr Wert noch umstritten. Zunächst noch allein steht Laméris, nach dessen Überzeugung die Resektion des Magens wegen Ulcus aus prinzipiellen Gründen als unrichtig betrachtet werden muß; in den Fällen, in denen die Gastroenterostomie nicht angezeigt ist, will er die Jejunostomie angewandt wissen, evtl. eine Kombination beider Operationsverfahren. Infolge der gänzlichen Ruhigstellung des Magens pflegen die geschwürigen Prozesse zur Ausheilung zu kommen. Denselben prinzipiellen Standpunkt nimmt Smithies ein, der aber ein operatives Eingreifen überhaupt ablehnt; er berichtet über seine Erfolge mit der „Methode der physiologischen Ruhigstellung“ bei 470 Kranken, die in anfänglicher rectaler Ernährung, später in einer von ihm genau angegebenen diätetischen Behandlung besteht. Wie er mitteilt, wurden 77% seiner Kranken vollkommen geheilt; in 14% der Fälle

wurden schwere Rückfälle beobachtet, welche die Operation erforderten; die Behandlungszeit betrug durchschnittlich 26 Tage. Balfour ist der Meinung, daß es zur Zeit für das chronische Duodenalgeschwür keine bessere Operation gibt als die einfache Gastroenterostomie, ihm schließen sich zustimmend an Horsley, Sippy, Morris, Ch. Mayo, Bartlett Haggard u. a. Lahey und Jordan erklären die Gastroenterostomie zum Normalverfahren beim chronischen Ulcus, und Maydl hatte mit ihr so gute definitive Erfolge, daß sie für ihn das Verfahren der Wahl bleibt. Dakin hat mit der Gastroenterostomie allein oder kombiniert mit Kauterisation oder Excision des Geschwürs beim Ulcus duodeni in 95% der Fälle Heilung erzielt; beim Magengeschwür gab ihm Kauterisation oder Excision des Geschwürs mit nachfolgender Gastroenterostomie ausgezeichnete Resultate; nur bei großen Ulcera empfiehlt er die Resektion. Das Ulcus pept. jej. nach Gastroenterostomie ist seiner Erfahrung nach nicht häufiger als das Rezidiv des ursprünglichen Ulcus des Magens. Peck hatte mit der Gastroenterostomie, z. T. kombiniert mit Excision, in 85—90% der Fälle Dauererfolge; er sah unter 228 Fällen nur 5 Ulcera pept. jej. Nur für die pylorusnahen Geschwüre des Magens empfiehlt er die Resektion, bei kleinen und kardianahen Geschwüren Excision oder Ignipunktur zusammen mit Gastroenterostomie. Rankin wieder empfiehlt beim Ulcus duodeni die Finneysche Pyloroplastik hinzuzufügen. Pribram wendet sich scharf gegen die Annahme, daß die Beschwerden nach Gastroenterostomie auf eine fehlerhafte Technik zurückzuführen seien; nicht diese ist die Ursache der „Gastroenterostomie-Krankheit", sondern fehlerhafte Indikationsstellung, was durch das Verschwinden der Beschwerden nach Beseitigung der indikationslosen Gastroenterostomie bewiesen wird. Diese Anschauung ist von vielen maßgebenden deutschen und ausländischen Chirurgen bestätigt worden; die wahllose Anwendung der Gastroenterostomie als „Verlegenheitsoperation" bei negativem Befunde scheint glücklicherweise ein Ende gefunden zu haben oder zum mindesten sehr eingeschränkt worden zu sein. Balfour bespricht 343 Operationen nach Gastroenterostomie, von denen in nicht weniger als 131 Fällen die primäre Operation ohne richtige Indikation gemacht worden war; in den anderen Fällen war die Ursache Ulcusrezidiv, Ulcus pept. jej., schlechte Funktion der Anastomose und bei der ersten Operation übersehene andere Erkrankungen. Einen tödlich verlaufenen Fall von Ileus 9 Monate nach Gastroenterostomie teilt Steden mit, und Kopp fügt den bisher veröffentlichten 15 Fällen von retrograder Invagination nach Gastroenterostomie einen weiteren zu (vordere und hintere Gastroenterostomien sind dabei ziemlich gleichmäßig beteiligt). Verhoogen berichtet über 491 operierte Ulcusfälle, wobei bemerkenswert ist, daß von den schlechten Resultaten 90% Gastroenterostomierte, hingegen nur 10% Resezierte betrafen. Von spanischen Autoren bekennen sich Pristo, Urrutia u. a. als Anhänger der Resektion; der letztere empfiehlt die Gastroenterostomie nur bei Pylorusstenose und bei großen technischen Schwierigkeiten. Den gleichen Standpunkt nehmen italienische (Gianolla) und französische Autoren (Pauchet u. a.) ein; auch unter den russischen Chirurgen, die sich früher ziemlich ablehnend gegen die prinzipielle Ausführung der Resektion verhielten, mehren sich jetzt ihre Anhänger (Kirsner, Shmakin u. a.). Auch unter den führenden amerikanischen Chirurgen beginnt eine schärfere Kritik der Gastroenterostomie einzusetzen, so will zwar Crile jeden Ulcuskranken zunächst intern (Sippykur) behandelt wissen; nur bei Erfolglosigkeit der inneren Behandlung empfiehlt er die Operation und zwar die Resektion; die Gastroenterostomie lehnt er ab. Ebenso verwirft Babcock die Gastroenterostomie als Operation der Wahl beim Ulcus und bevorzugt die Resektion; auch für das Ulcus duodeni ist ihm die partielle Gastrektomie die Operation der Wahl. Denselben Standpunkt nehmen eine ganze Reihe anderer amerikanischer Chirurgen ein (Berg, Klein und Crohn, Hartwell und Dudley, Erdmann u. a.), selbst Pannett, der noch immer mit der Mehrzahl der amerikanischen Autoren die Gastroenterostomie als Normalmethode der Ulcusbehandlung ansieht und über 88% Heilung bei 1000 Patienten berichtet, bei denen die Operation

länger als 10 Jahre zurücklag, hält jetzt die Resektion für angebracht, falls die Mortalität bei zunehmender Technik nicht größer sein wird als bei der Gastroenterostomie. Walton meint, daß die Gastroenterostomie zwar bei pylorusnahen Geschwüren gute Resultate ergebe, aber unbefriedigend sei bei solchen der kleinen Kurvatur; hier empfiehlt er die Keilexcision mit Gastroenterostomie und temporären Pylorusverschluß durch eine Matratzennaht. Die Resektion will er nur für vorgeschrittene Fälle und Carcinom reserviert wissen; für die kardiaanahen Ulcera sei sie ein zu großer Eingriff, hier gebe die besten Resultate eine möglichst hoch angelegte Gastroenterostomie; bei später, dann erneut auftretenden Beschwerden gelänge meist die Excision des Geschwürs. In Deutschland und Österreich neigt die überwiegende Mehrzahl der Chirurgen dem Standpunkte zu, daß die Resektion die Methode der Wahl in der chirurgischen Ulcusbehandlung sei unter gleichzeitiger Betonung der Notwendigkeit sorgfältiger interner Nachbehandlung. Und zwar wird in den letzten Jahren unter Führung Haberers die Billroth I-Methode bevorzugt, weil sie am ehesten den physiologischen Verhältnissen nahekomme und die größte Sicherheit gegen Ulcera peptica gewähre. Diese Anschauung kann nur als bedingt richtig gelten, denn es sind nicht nur Ulcera peptica nach Billroth I beschrieben worden, sondern Friedemann beobachtete auch in zwei Fällen Rezidive, von denen ein Fall, $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, an einer tödlichen Blutung zugrunde ging; desgleichen sah Stohr ein Ulcusrezidiv nach Billroth I. Schüppel bekennt sich zwar als Anhänger der Methode, lehnt aber zu weitgehende Mobilisierung ab, und rät ebenso zu Billroth II, wenn der Duodenalstumpf zu kurz geraten ist oder ein ins Pankreas perforiertes Ulcus duodeni vorliegt. Kaiser lehnt auf Grund theoretischer Erwägungen über die Ulcusgenese Billroth I ab und tritt für die Krönlein-Reichel-Polyasche Operation ein. Fodorov warnt im Gegensatz zu Haberer vor Billroth I bei Resektion größerer Magenpartien. Von den verschiedenen Methoden Billroth II hat sich die nach Krönlein-Reichel-Polya die meisten Anhänger erworben. Die von Payr bei Patienten mit Ulcussymptomen, aber negativem Operationsbefund empfohlene Pyloromyotomie hat noch keine größere Verbreitung gefunden; Butzengeiger empfiehlt sie bei mit Ulcussymptomen einhergehenden Krämpfzuständen des Magens beim Versagen konservativer Behandlung, warnt aber vor kritikloser Anwendung. Auch Horsley, ein Anhänger der konservativen Methoden, empfiehlt die Pylorusdurchschneidung der Gastroenterostomie beim pylorusnahem Ulcus duodeni hinzuzufügen. Finsterer empfiehlt für das nicht resezierbare Ulcus duodeni die Resektion von zwei Dritteln des Magens; muß der Pylorus zurückbleiben, so empfiehlt er in einer neueren Arbeit die Fortnahme desselben in einer zweiten Sitzung, wenn sich das Geschwür zurückgebildet hat; er hatte mit seiner Methode eine Mortalität von 3,6% und bei 272 Resektionen 94% gute Dauerresultate. Auch Burk berichtet über ausgezeichnete Dauerresultate bei nach dieser Methode operierten, nicht resezierbaren Ulcera des Duodenums. Nach den gleichen Grundsätzen befürwortet Madlener die Magenresektion bei pylorusfernen Geschwüren des Magens (kardianahen) unter Zurücklassung des Geschwürs und berichtet über gute Resultate. Mayo empfiehlt für Geschwüre an der vorderen Wand des Duodenums, des Pylorus und der untersten Magenpartien die Gastroduodenostomie (Längsschnitt, unter Excision des Ulcus, gleich weit ins Duodenum wie in den Magen, Vernähung in querer Richtung), die freilich nur bei guter Beweglichkeit ausführbar sei. Auch Oehlecker befürwortet die Gastroduodenostomie, allerdings nur als Notoperation und Ersatz für die Gastroenterostomie in Fällen, die sich zur Radikaloperation nicht eignen. Mit einer neuen operativen Behandlungsmethode, der Cholecystogastrostomie (breite Verbindung zwischen dem Fundus der Gallenblase und der Pars praepylorica) will Bogoras in 14 Fällen von Magengeschwür nicht nur sofortige, sondern auch gute Dauererfolge erzielt haben; er schließt daraus, daß die Galle außer ihrer neutralisierenden Wirkung günstige Bedingungen für die Abheilung des Ulcus, vor allem durch die Bindung der freien Salzsäure, schafft. Auch Kreps berichtet über einen günstigen Erfolg mit der gleichen Methode. Schiassi,

dessen theoretische Anschauungen oben erwähnt sind, versucht durch Ausschaltung der sympathischen und parasympathischen Nerven auf operativem Wege Heilung zu erzielen. Seine Dauerresultate sollen gut sein; auch bei nach Gastroenterostomie bestehengebliebenen Beschwerden hatte er gute Erfolge.

Über die operative Technik ist nichts, was von wesentlicher Bedeutung zu erachten wäre, veröffentlicht worden. Bufalini will die Gastroenterostomie retrocolica posterior mit kurzer Schlinge nahe dem Pylorus und mit senkrechter Magenöffnung ausgeführt wissen; eine Reihe von Autoren (Petrescu, Kopylov, Sokolowsky, Petrozizkaja, Mikuli) empfehlen bei der Gastroenterostomie die einreihige Naht nach Bier. Schubert und Beer lehnen auf Grund experimenteller Versuche das Goepelsche Einmanschettierungsverfahren ab. Um postoperative Lungenkomplikationen zu vermeiden, empfehlen Delore, Michon und Pollosson vor allem prophylaktisch Magenspülung und sorgfältige Reinigung der Mundhöhle; sie verwenden ausschließlich Inhalationsnarkose, da nach ihrer Meinung die Lokalanästhesie in ihren verschiedenen Formen mindestens ebenso häufig Lungenkomplikationen im Gefolge haben wie die Narkose. Demgegenüber weisen Simon und Fontaine klinisch und experimentell nach, daß für die Magenchirurgie die richtig ausgeführte Lokalanästhesie als Methode der Wahl zu gelten hat, da sie den geringsten operativen Schock verursache (eine Anschauung, die viele deutsche Chirurgen teilen dürften. Ref.). Nach schweren Magenoperationen und bei Schock empfiehlt Matas eindringlich die intravenöse Dauerinfusion, und zwar mit isotonischer 5proz. Glucoselösung, nicht über 3 Liter pro Tag, desgleichen die Einführung einer Duodenalsonde durch die Nase in den Magen, die dauernd liegen bleibt und zur Heberdrainage oder zur Spülung dient. Die Notwendigkeit der internen Nachbehandlung nach Magenoperationen, namentlich Rücksichtnahme auf Sturzentleerung und Verwendung von Speisen, welche die Magenresektion anregen, betont Singer.

Über die Proteinkörpertherapie liegen ziemlich zahlreiche Veröffentlichungen vor. Pribram erzielte die besten Erfolge beim Ulcus der kleinen Kurvatur (die chronisch rezidivierenden Blutungen des Zwölffingerdarmgeschwürs erfordern eine, wenn irgend möglich, radikale Resektion). Ist mit zwei bis drei intravenösen Injektionskuren (je zehn Injektionen) ein voller Erfolg nicht erreicht, so soll operiert werden. Engel behandelte 40 Patienten mit der Pribramschen Methode und sah gute Erfolge; besonders auffallend war die Linderung der Schmerzen, selbst bei gemischter Kost. Grote und Bergmann sehen in der Novoproteinbehandlung ein sehr wesentliches Hilfsmittel der Therapie des Magengeschwürs, und Holler erscheint die Proteinkörpertherapie als kausale Therapie der verschiedenen Formen des neurogenen Ulcus; als besonders wirkungsvoll empfiehlt er das Lipatren (5proz. Yatrenlösung). Sawerin machte 50% seiner Patienten beschwerdefrei, 26,7% wurden gebessert und 23,5% blieben unverändert. Von 250 Kranken wurden, wie Baake mitteilt, 83 völlig beschwerdefrei, 110 gebessert und 57 blieben ungebessert; mehr als 10—12 Injektionen für eine Kur seien nicht zu empfehlen; Gegenanzeigen seien chronisch rezidivierende Blutung und aktive Tuberkulose. v. Friedrich kommt auf Grund von Erfahrungen an 100 Fällen zu dem Resultat, daß sich die Duodenalulcera besser durch die Proteinkörpertherapie beeinflussen lassen als die Magengeschwüre. Auch Rudolf Schmidt bestätigt, daß die Möglichkeit einer günstigen Beeinflussung von ulcerösen Prozessen des Magens und des Duodenums als klinisch gesicherte Tatsache zu verzeichnen ist. Duval, Roux und Moutier führen die Erfolge der Proteintherapie auf das Vorliegen einer sekundären Infektion der Ulcera des Magens und des Duodenums zurück. Penzoldt warnt vor der ambulanten und ausschließlichen Anwendung der Reizkörpertherapie, unabhängig von Diät und anderen strengen Maßnahmen; die Ursachen ihrer Erfolge können noch nicht zur Zufriedenheit erklärt werden. Am besten werden auf nervöser Basis entstandene Geschwüre beeinflußt. Die Methode muß mit allen Kautelen erst weiter geprüft werden. Marx konnte bei 14 Fällen, die später reseziert wurden, irgendeine einwandfreie Beeinflussung im günstigen Sinne nicht

feststellen. Und v. Hertlein fand an der Krehlschen Klinik, daß die Resultate der mit Injektionen behandelten Kranken gegenüber den mit Bettruhe und Diät behandelten ziemlich gleich waren; die Behandlungszeit wurde nicht kürzer, die Dauerresultate nicht gesteigert, die Rezidive nicht vermindert. Injektionsbehandlung ohne gleichzeitige Bettruhe und Diät brachte keine Erfolge.

Ulcus pepticum jejuni.

Die Veröffentlichungen über Ulcus pept. jej. sind wesentlich spärlicher geworden, seit die radikalen Behandlungsmethoden des Ulcus bevorzugt werden. Die Häufigkeit des Auftretens dieser zumal nach Gastroenterostomie auftretenden Nachkrankheit wird bekanntlich sehr verschieden geschätzt; während einzelne Chirurgen sie auf 10% und mehr berechnen, gibt sie Balfour aus der Mayoklinik auf 2% an. Chiari kommt auf Grund genauer Untersuchungen an 18 Resektionspräparaten Haberers zu der Ansicht, daß als auslösende Ursache für das Ulcus an der Anastomose neben den bekannten anderen Faktoren vornehmlich die banale Wundinfektion in Betracht komme. Kopp glaubt, daß die Ursache der retrograden Darminvagination nach Gastroenterostomie kleine Geschwüre seien, die zu die Invagination begünstigenden Spasmen führen. Gerade der entgegengesetzten Meinung ist Blond; er hält die Spasmen für das Primäre und für die Ursache des Ulcus pepticum jejuni; bei der Genese des letzteren komme in Betracht eine intermittierende spastische Incarceration der zur Gastroenterostomie verwendeten Jejunumschlinge in einen Magensanduhrspasmus, eine aufsteigende Invagination des Jejunums in die Anastomose oder ein hoher spastischer Ileus des Jejunums. Wie Balfour mitteilt, neigt man an der Mayoklinik immer mehr dazu, das Ulcus pept. jej. nach Gastroenterostomie so zu operieren: Lösung der Gastroenterostomie, Verschluß des Jejunums in transversaler Richtung, Resektion des Magens nach Billroth II (End-zu-Seit-Anastomose); 168 Fälle wurden so mit guten Erfolge operiert.

Blutungen.

In der Behandlung der akuten Magen- und Zwölffingerdarmblutungen hat sich der konservative Standpunkt in der Behandlung durchaus durchgesetzt, und das mit Recht, denn Paterson weist nach, daß die Mortalität bei operativer Behandlung 36%, bei konservativer jedoch nur 3,8% beträgt. Er selbst sah unter 40, zum Teil sehr schweren akuten Blutungen unter konservativer Behandlung keinen Todesfall; bei chronischen rezidivierenden Blutungen empfiehlt es sich, die Operation erst 2—3 Monate nach der letzten Blutung vorzunehmen. Hurst befürwortet die Entziehung aller Nahrungszufuhr per os, bis die Blutung 48 Stunden steht; in schweren Fällen spült er mit eisgekühltem Wasser oder Eisenchloridlösung 1 : 1000. Rafsky führt auch bei stärkster Blutung sofort — nach Cocainisierung des Halses — eine vorher in Eis gekühlte Duodenalsonde ein; bis diese den Pylorus passiert hat, gibt er reichlich Morphium. Sobald die Sonde im Duodenum liegt, wird in zweistündigen Intervallen Milch, Ei und Zucker gegeben. Die Sonde wird nach 2 Wochen entfernt. Unter 40 so behandelten schweren Magenblutungen trat nur einmal eine zweite Blutung auf. Im allgemeinen kann man sagen, daß das Prinzip der Behandlung akuter Blutungen darin besteht, zunächst völlige Ruhe des Körpers und des erkrankten Organes herbeizuführen, und zwar durch anfängliche reichliche Morphiumgaben und konsequent für mehrere Tage durchgeführte rektale Ernährung (Tröpfcheneinlauf). Ein willkommenes Hilfsmittel in ganz schweren Fällen, das außerdem auch hämostatisch zu wirken scheint, ist die Bluttransfusion.

Perforation des Geschwürs in die freie Bauchhöhle.

Hier hat sich die Einstellung der Chirurgen nicht geändert. Nicht die Behandlungsmethode ist das Wesentliche, sondern die frühzeitige Erkennung der Erkrankung, die schleunige Überweisung an den Chirurgen. Die Operation innerhalb der ersten 6 Stunden gewährt eine verschwindend kleine Mortalität; Suermondt hat durchaus Recht, wenn

er verlangt, daß es nicht mehr vorkommen dürfe, daß ein Fall 12 Stunden oder später nach der Perforation zur Operation eingeliefert wird. Das Schicksal der an akuter Geschwürsperforation Erkrankten liegt in der Hand des praktischen Arztes, der ja gewöhnlich zuerst gerufen zu werden pflegt; er muß seiner Verantwortlichkeit bewußt gemacht werden. Stohr fand in sieben Fällen von perforiertem Ulcus (vier des Duodenums, drei des Magens) das von Oehlecker angegebene Symptom des Schulterschmerzes (ein Fernsymptom des N. phrenicus) bestätigt. Nach Vaughan und Brams läßt sich bereits 2 Stunden nach der Perforation eines Geschwürs Gas in der freien Bauchhöhle bei der Durchleuchtung des Kranken feststellen; das Symptom war in 86,7% ihrer Fälle positiv. Über die beste Behandlungsmethode wird noch immer gestritten; die primäre Resektion ist gewiß das ideale Verfahren, es darf aber nicht verwendet werden, wenn es geeignet ist, die Gefahrenquote für den Kranken zu erhöhen; sie sollte demnach nur auf jugendliche, kräftige, in gutem Ernährungszustande befindliche Kranke, die innerhalb der ersten 6 Stunden eingeliefert werden, beschränkt werden, vorausgesetzt, daß noch keine diffuse Peritonitis besteht. Ein Schema kann nicht aufgestellt werden; die Erfahrung und die Geschicklichkeit des einzelnen Chirurgen werden maßgebend sein für das Verfahren, das er wählt. Die überwiegende Mehrzahl der Veröffentlichungen der letzten beiden Jahre spricht sich für die Übernähung allein als das Verfahren der Wahl aus; die Gastroenterostomie scheint sich nicht besonders bewährt zu haben und sollte nur dann Verwendung finden, wenn durch die Übernähung die Gefahr der Stenose nahegerückt ist. Daß die Übernähung allein in der Tat auch bei callösen Geschwüren genügt, beweist ein Fall von Michejda, in dem ein solches, wie sich später bei der Sektion des betreffenden Kranken herausstellte, spurlos ausgeheilt war. Die überwiegende Mehrzahl der perforierten Geschwüre betrifft das Duodenum (nach Noehren 136 von 191 Fällen) und zwar werden weitaus häufiger Männer befallen als Frauen (unter 189 Fällen nur 23 Frauen). Als seltenes Vorkommnis seien noch zwei Fälle von Perforationsperitonitis erwähnt, die Bejul nach Magenverätzung mit Essigsäure beobachtete.

Chronische Gastritis.

Die chronische Gastritis findet immer mehr Beachtung in ihrer Eigenschaft als Vorläuferin der Geschwürskrankheit. Konjetzny und Puhl nehmen auf Grund ihrer Untersuchungen an, daß in allen Fällen von Geschwür des Magens und des Duodenums eine Gastritis bzw. eine Duodenitis besteht; aus diesen entzündlichen Veränderungen entstehen Erosionen, aus denen sich das Ulcus herausbildet. Auch Kalima sieht als feste Basis für alle Ulcustheorien die stets vorhandene chronische Gastritis an, während Orator die Gastritis als Ursache für die akuten Geschwüre anschuldigt. Konsequenterweise führt diese Anschauung zur Forderung der chirurgischen Behandlung der chronischen Gastritis (Finsterer, Konjetzny, Doberer, Kalima u. a.). Finsterer empfiehlt die Resektion etwa der Hälfte des Magens, wenn die chronische Gastritis trotz guter interner Behandlung nicht zur Ausheilung kommt. Er hat bisher 35 Fälle in dieser Weise ohne Todesfall behandelt und geheilt.

Syphilis des Magens. Linitis plastica.

Nach Brams und Bloch ist die Syphilis des Magens viel häufiger, als die bisher beschriebenen Fälle vermuten lassen, und kommt in jedem Lebensalter zu sehr verschieden langer Zeit nach der Infektion vor. Auch Hausmann weist darauf hin, daß die Magensyphilis bedeutend häufiger vorkommt, als allgemein angenommen wird. Stets findet sich Sub- oder Anacidität; andere sichere Symptome sind nicht vorhanden. Neben den klinisch und anatomisch manifesten Formen kommt die recht häufig (nur histologisch erkennbare) syphilitische Gastritis in Betracht. Andererseits will Hartwell unter über 200 in der Literatur mitgeteilten Fällen nur 25 einwandfreie Beobachtungen herausgefunden haben, denn nur histologische Befunde seien beweisend: Endarteriitis obli-

terans und Endophlebitis; positive Wassermannsche Reaktion, Röntgenbefund und Besserung durch antiluetische Behandlung würden noch nicht zur Diagnose berechtigen. Kerlin und Rawls teilen fünf Fälle mit und besprechen die Diagnose und Symptomatologie, wobei sie besonders auf die von Carman aufgestellten Röntgensymptome Wert legen; die spezifische Therapie helfe meist rasch unter Kontrolle des Röntgenbildes und die Prognose sei gut. Führt die spezifische Therapie nicht zum Ziele, so ist, wie Pollidori ausführt, die Resektion die Methode der Wahl, die jedoch immer von einer gründlich durchgeführten antiluetischen Behandlung begleitet sein sollte.

Über die Linitis plastica (Lederflaschenmagen) sind auch diesmal wiederum eine ganze Anzahl von Veröffentlichungen erfolgt. In der Mehrzahl der Fälle handelt es sich bei dieser eigentümlichen, glücklicherweise seltenen Erkrankung um ein scirrhöses Carcinom; Lyon fand ein solches nicht weniger als 22mal unter 25 mikroskopisch untersuchten Fällen. Birck meint, daß die Syphilis eine wichtige Rolle bei der Entstehung der Linitis plastica spiele, wenn auch die carcinomatöse Degeneration häufiger sei. Auch Faroy macht die Syphilis für die Linitis plastica, die er übrigens auch für eine spezielle Form des Carcinoms ansieht, ätiologisch verantwortlich; er fand bei zwei Syphilitikern Linitis plastica, bei denen er histologisch Gefäßveränderungen (Endarteriitis) in Magen, Leber und Pankreas und eine plastisch-fibröse Retroperitonitis nachweisen konnte. Desgleichen beschreibt Furno einen Fall, den er auf Lues zurückführt und den er auf Grund seiner mikroskopischen Untersuchung als Linitis lymphangioendotheliomatosa bezeichnet.

Gutartige Geschwülste des Magens.

Eliason und Wright besprechen ausführlich die benignen Tumoren des Magens, von denen, trotz ihrer relativen Seltenheit, gegen 1000 in der Literatur bekanntgegeben sind. In der Mehrzahl sind es bei mikroskopischer Untersuchung Myome (60%); Degeneration und maligne Entartung sind nicht selten. Die benignen Tumoren liefern röntgenologisch einen Füllungsdefekt, vorzugsweise an der Magenwand, ohne Veränderungen der Kurvaturen und Falten, mit deutlich abgrenzbarer klarer Umgebung; die Peristaltik ist wenig gestört, Retention bei pylorusfernen Tumoren ist selten, eine Nische oder Zeichen von Spasmen sind nicht vorhanden. Myome werden von Nauck, Bouvier, Gmelin, Rowlands und Barnett beschrieben; beim letzteren führte das Myom zu einer gastroduodenalen Invagination. An der Mayoklinik kam, wie Rowlands mitteilt, auf 200 Magengeschwülste eine gutartige, auf 550 nur ein Myom. Für die Gutartigkeit einer Magengeschwulst spricht klinisch ein langer Verlauf, normaler oder reichlicher Säuregehalt, gutes Allgemeinbefinden, Jugend, große und wiederholte Blutungen und freie Beweglichkeit bei der Operation. Higgins beschreibt einen gutartigen Polypen des Magens, der durch Erbrechen entleert wurde; bei der Operation wurde lediglich eine kleine Erosion der Mucosa der Pylorusgegend nachgewiesen. Eine durch Resektion geheilte Blastomykose des Magens beschreibt Hüttl, und Neuber eine bei der histologischen Untersuchung nach Ulcusresektion gefundene Granulomatose. Mariantschik veröffentlicht einen in der Literatur bisher nicht beschriebenen Fall multipler Cysticerken der Magenserosa bei einem 41jährigen Manne, der ein altes Ulcus hatte; an anderen Stellen fanden sich keine Cysticerken. Verf. nimmt ein Vordringen der Bandwurmeier durch die geschädigte Magenwand an.

Magencarcinom, Magensarkom.

Moszkowicz gibt in einer ausführlichen Arbeit die Grundlagen einer biologischen Krebstheorie. Die Entstehung des Magencarcinoms steht mit den im Anschluß an chronische Schädigungen der verschiedensten Art auftretenden Regenerationsvorgängen der Magenschleimhaut im engsten Zusammenhang. Und zwar tritt das Krebswachstum im Stadium der sinkenden Regenerationskraft in Erscheinung und geht aus von dem indifferenten Epithel der Indifferenzzone am Drüsenhals. Seine Theorie stellt das Geschwulst-

wachstum in Parallele zu dem embryonalen und allem der Fortpflanzung dienenden Wachstum. Stoerk konnte die von ihm für das Magengeschwür als charakteristisch gefundene Radiärfaltung der Schleimhaut auch bei der krebsigen Umwandlung erhalten nachweisen. Nicht die sekundäre Entstehung eines Ulcus pepticum auf dem Boden eines Carcinoms trifft zu, sondern umgekehrt entwickelt sich beim Ulcuscarcinom stets das Carcinom auf dem Boden eines Ulcus. Duschl stellte an Ulcusmägen, in Übereinstimmung mit Stoerck und Konjetzny, in 100% der Fälle einen verrukösen Katarrh fest. Er fand mit dem Bornschen Plattenverfahren Veränderungen der Capillaren, die den oben erwähnten von O. Müller und Reinberger mit dem Binokularmikroskop gefundenen entsprachen; er konnte so in vier Fällen die Entstehung eines Carcinoms auf Ulcusboden nachweisen; die gefundenen Veränderungen sollen einen typischen Befund an Ulcusmägen darstellen. Anschütz legt den Schwerpunkt in der Diagnose des Magencarcinoms auf den Nachweis okkulter Blutungen und das Röntgenverfahren. Der mehrfach negative Ausfall der Untersuchung auf okkultes Blut spricht nahezu sicher gegen Carcinom. Kontraindikation gegen die Radikaloperation sei nicht Alter, Kachexie usw., sondern lediglich der Nachweis von Fernmetastasen. Harttung fand die Blutungszeit beim Carcinom kaum von der Norm abweichend, während sie beim Ulcus erheblich verlängert war. Die Benzidinprobe zeigte sich Iwanoff in 95% aller Fälle von Magencarcinom positiv; eine konstante Anwesenheit von Blut deutet auf Carcinom; doch sind zur diagnostischen Verwertung der Probe sechs und mehr Untersuchungen erforderlich. Schütz hält die Diagnose Magencarcinom auch dann für berechtigt, wenn beim Fehlen sonstiger objektiver Zeichen Anacidität vorhanden ist. Wie Hartmann berichtet, ergaben die neuesten Untersuchungen an der Mayoklinik, daß bei nahezu der Hälfte aller Magencarcinome freie Salzsäure gefunden wird, zum Teil in abnorm hohen Werten. Vorhandensein von freier Salzsäure spricht demnach nicht gegen Carcinom. Die Statistik ergab interessanterweise, daß die Fälle von Carcinom mit freier Salzsäure für Resektion und Heilung um die Hälfte weniger gut gelegen sind als diejenigen, bei denen vor der Operation freie Salzsäure nicht nachgewiesen werden konnte.

Cabot und Adie besprechen die Ursachen der weit auseinandergehenden Urteile über die Entstehung eines Carcinoms aus Ulcus. Sie kommen zu dem Resultat, daß in den letzten Jahren diese immer seltener angenommen werden, doch lasse sich ein abschließendes Urteil vorläufig nicht fällen. Auch Dible hält auf Grund der Untersuchungen seines Materiales die maligne Umwandlung eines gutartigen Geschwürs für etwas seltenes und er berechnet, auch unter Berücksichtigung der zweifelhaften Fälle, die von ihm beobachteten Ulcuscarcinome auf 6%. Doch sind eine ganze Reihe erfahrener Chirurgen wesentlich anderer Meinung. Jost fand in 10—12% der als Ulcera resezierten Fälle Carcinom; in Wirklichkeit sei die Entartung viel häufiger. Er geht so weit, das Ulcus für eine präcanceröse Erkrankung und die Resektion eines Ulcus für eine frühzeitige Carcinomoperation zu halten. Pauchet tritt für die radikale Behandlung, die Resektion des Ulcus ventriculi, deshalb ein, weil er in 15% seiner Fälle (unter 130 Resektionen) ein Carcinom gefunden hat, und Finsterer sah unter 175 Carcinomresektionen 45 Ulcuscarcinome und schließt daraus, daß die Aschoffsche Lehre von der außerordentlichen Seltenheit des Ulcuscarcinoms keine allgemeine Gültigkeit habe. Auch Deaver hält auf Grund seiner reichen Erfahrungen ein nicht geheiltes Ulcus für die häufige Basis eines Carcinoms (Mayo nimmt bei 53% seiner Fälle von Magencarcinom eine Ulcusbasis an; nach Finsterer schätzt die Mayoklinik die Frequenz des Ulcuscarcinoms sogar auf 68—77%!). Diese Mitteilungen geben doch sehr zu denken und man muß Finsterer wohl beipflichten, wenn er verlangt, daß jedes Ulcus reseziert werden sollte, da man nie einen Krebs ausschließen könne; ein callöses Ulcus ist makroskopisch nicht mit Sicherheit von einem Carcinom zu unterscheiden, und die Operationsmortalität sei nicht größer als bei der gewöhnlichen Ulcusoperation. Noch bedeutsamer erscheint einem diese Einstellung, wenn man von Cheever erfährt, daß von 236 Fällen von Magenkrebs von

vornherein 52,5% inoperabel waren und nur in 9,7% die radikale Operation möglich war; nur 1,2% zeigten eine Heilung über 5 Jahre!

Usland, Thatcher und Lampert beschreiben Fälle von Sarkom des Magens, der letztere eine solche Geschwulst von nicht weniger als 16 Pfund Gewicht bei einer 39jährigen Frau; die Patientin war 1 Jahr nach der Operation noch gesund. Gosset, Bertrand und Loewy besprechen die meist als Sarkome bezeichneten gestielten Tumoren des Magens, die aber diese Benennung mit ebenso wenig Recht verdienten wie die Epulis; sie sollten wie gutartige Geschwülste behandelt und durch einfache Excision an ihrer Basis entfernt werden.

Trichobezoar, Phytobezoar.

Über einen rezidivierenden Fall von Trichobezoar berichtet Harris; es handelte sich um eine 35jährige Frau, der 1911, dann 1920 und 1922 jedesmal ein Haarballen aus dem Magen entfernt wurde; im Jahre 1923 entfernte er ihr wiederum einen Haarballen von $2^1/_2$ Pfund Gewicht. Die Patientin war geistig normal, abgesehen von dem Verzehren von Haaren. Tschassownikoff berichtet den seltenen Fall eines Phytobezoars und empfiehlt als gutes diagnostisches Hilfsmittel außer dem Röntgenverfahren und der Gastroskopie die Luftfüllung des Magens.

Duodenumkrankheiten außer Duodenalgeschwür.

Seidlin fand bei einem $2^1/_2$jährigen Kinde einen akut zum Tode führenden kongenitalen Verschluß des Duodenums, und zwar bestand derselbe in einem 5 cm im Durchmesser haltendem Septum, das in der Mitte eine 7 mm im Durchmesser haltende Öffnung aufwies. Nach Ebrard machen die kongenitalen Stenosen bereits am zweiten oder dritten Lebenstage Erscheinungen in Gestalt von massenhaftem Erbrechen nach jeder Nahrungsaufnahme, während der Pylorospasmus in der Regel erst nach 3 Wochen aufzutreten pflegt. Die Therapie kann nur eine operative sein; Stränge sind zu lösen; bei Hemmungsmißbildungen ist die Duodenojejunostomie auszuführen.

Die Zahl der Fälle, die von kongenitalen und erworbenen Stenosen des Duodenums berichtet werden, haben sich in den letzten beiden Jahren auffällig vermehrt, und es scheint sich in der Tat um Befunde zu handeln, die häufiger sind, als man bisher angenommen hat. So bespricht Niles die kongenitalen Membranbildungen zwischen der Gallenblase und den Nachbarorganen. Er operierte 39 derartige Fälle, darunter 80% Frauen. Seine Patienten hatten von Kind an abdominale Beschwerden, oft ähnlich wie bei Ulcus. Sorgfältige Röntgenuntersuchung ist erforderlich, denn es werden häufig Fehldiagnosen gestellt (drei Viertel der Patienten waren vorher appendektomiert!). Die operative Behandlung besteht in der Durchtrennung der Bänder und guter Peritonealisierung; die Erfolge waren prompt und dauernd. Auch v. Haberer hält die Fälle, in denen ein allzu großes Duodenum Beschwerden macht, für häufiger, als man anzunehmen pflegt. Die Ursache ist nach ihm meist ein sehr straffes Lig. Treitzii, das die Flexura duodenojejunalis hochzieht; die Therapie besteht in der Verlagerung der Flexur, am besten in der lateralen Anastomose zwischen Endstück des Duodenums und der ersten Jejunumschlinge; die Gastroenterostomie lehnt er ab. Mc Kenty fand 26mal eine Stenose des Duodenums, von denen er 13 mit Duodenojejunostomie, die übrigen konservativ behandelte, und Bakay konnte 19 Fälle von chronischer Passagestörung des Duodenums beobachten; er hält für die erworbenen Fälle Knickungen infolge von Verwachsungen nach Ulcus und die Ptose von großer Bedeutung. Nach Ghiron sind in den meisten Fällen die beschriebenen Membranen entzündlich erworbener Natur, wobei er die angeborenen ätiologischen Momente nicht leugnet; in seltenen Fällen ist die Ursache ein Carcinom oder ein Ulcus unterhalb der Papilla Vateri, ferner Periduodenitis bei Erkrankungen der Gallenwege. Nach den übereinstimmenden Mitteilungen der Autoren entwickelt sich das Krankheitsbild sehr langsam, die Beschwerden bestehen

gewöhnlich schon sehr lange Zeit und wechseln in ihrer Stärke und können begleitet sein von Schwäche, Kachexie und Obstipation. Von besonderer Bedeutung ist die Röntgenuntersuchung (Rotkoczy), die fast durchwegs eine deutlich verlangsamte Passage des Speisebreies durch das Duodenum ergibt. Nesbitt weist darauf hin, daß chronische dyspeptische Beschwerden und Obstipation mit Flatulenz oft durch einen teilweisen Verschluß des Duodenums hervorgerufen werden, häufig verursacht durch Coecum mobile bzw. Senkung des Coecums und Colon ascendens (Zug am Mesenterium). Die Operation der Wahl ist (außer der schon erwähnten Lösung und Trennung von Strängen) die laterale Duodenojejunostomie, von der Horsley eine genaue Beschreibung gibt.

Duval bestätigt die Befunde Melchiors, daß es ein Megaduodenum gibt, das eine kongenitale Mißbildung darstelle; in einem Teil der Fälle erstrecke sich die Dilatation auch auf das Jejunum. Auch Mérola beschreibt solch einen seltenen Fall von idiopathischem Megaduodenum. Dasselbe Leiden kann aber auch erworben sein, so berichten Goyena und Gallino einen Fall von sekundärem Megaduodenum durch adhäsive Periduodenitis nach Ulcus, und Lanari, Rophille und Celasco veröffentlichen einen Fall, wo sich röntgenologisch eine riesige Erweiterung des Duodenums wie ein zweiter Magen fand, die verursacht wurde durch eine fibröse Narbe am Übergang in die Pars tertia. Auch Tumoren können zur Duodenalstenose führen, so berichtet Hohlbaum von einem Neugeborenen, das alles erbrach und rapide abnahm, und wo sich bei der Operation (vordere Gastroenterostomie mit Braunscher Anastomose) hinter dem Magen ein höckriger Tumor fand, der das Duodenum komprimierte (der Tumor wurde durch Röntgenbestrahlung zum Verschwinden gebracht; Hohlbaum denkt an einen undifferenzierten Tumor in der Gegend der Urnierenanlage, nicht an eine maligne Geschwulst). Marfan und Debray beobachteten ein 4 Monate altes Kind, das an Inanition zugrunde ging und wo sich als Ursache ein von der Hinterwand des Duodenums ausgehendes, dasselbe verlegendes Adenom fand.

15 sicher gestellte Fälle von Carcinom des Duodenums sammelten Eusterman, Berkman und Swan, von denen sich sechs in der Ampulle, sechs darüber und drei darunter befanden. Der Verlauf ist meist ein rascher, im Endstadium tritt Ikterus auf. Charakteristisch sind starke Retention und erhebliche Toxämie. Nur ein Fall wurde radikal operiert und lebte noch nach 2 Jahren; bei den anderen konnte nur eine Gastro- und Duodenojejunostomie vorgenommen werden; auch in diesen Fällen ist eine sorgfältige Vorbereitung wegen der Toxämie erforderlich. Ein weiteres Carcinom des Duodenums, das sich in einem Divertikel entwickelt hatte, berichten Morrison und Feldman. Ein primäres Lymphosarkom des Duodenums wurde von Giani beobachtet; der Kranke starb wenige Stunden nach der Radikaloperation.

Nicht so selten sind Divertikel des Duodenums. Butler unterscheidet angeborene und erworbene. Viele bleiben symptomlos und können gelegentlich bei der Röntgenuntersuchung entdeckt werden. Nur durch die letztere ist eine exakte Diagnose möglich. Bei entzündlichen Erscheinungen besteht die Therapie in der Excision, in der Invagination und Ligatur des Sackes oder in der Pylorektomie mit Gastroenterostomia posterior. Rodzinski beschreibt einen großen, als Ovarialcyste imponierenden Tumor, der sich bei der Operation als intermesenterial entwickelter Eitersack, von einem entzündeten Duodenaldivertikel ausgehend, erwies; die 65jährige Frau ging an Peritonitis zugrunde.

Krankheiten des Dünndarmes.

Die Berstungsrupturen bespricht ausführlich auf Grund von Beobachtungen und Experimenten Brofeldt. Die Art der einwirkenden Gewalt sei als Zug aufzufassen; intraabdomineller Druck erzeuge keine Berstung. Das Vorhandensein einer Hernie begünstige durch ihre exponierte Lage für Einwirkung der äußeren Gewalt das Zustandekommen einer Berstungsruptur.

Ein Ulcus simplex des Dünndarmes, für dessen Ätiologie ein Anhaltspunkt sich nicht finden ließ, und das in beiden Fällen zur Operationsperitonitis führte, hat Pesce beobachtet. Von diesen Geschwüren ist, wie Grasmann mitteilt, in der deutschen Literatur wenig zu finden; er stellte 51 Fälle zusammen, von denen er 20 als zweifelhaft absondert; von 27 Perforationen wurden neun geheilt. Die Ätiologie war für die meisten Fälle nicht festzustellen. Nach Oudard und Jean, die 56 Fälle ausfindig machen konnten, verläuft das Ulcus simplex akut oder chronisch kallös oder vernarbend stenosierend; das akute führt leicht zur Perforation. Die Operationsmortalität beträgt 50%; zuweilen fanden sich Nematoden, einmal auch ein Bandwurm, in der Bauchhöhle. Auffällig sei das bevorzugte Vorkommen oberhalb pathologischer oder natürlicher Verengerungen. Die Verfasser halten die entzündliche Entstehungsart in den meisten Fällen als gegeben. Hierzu dürfte der von Alejewa mitgeteilte Fall ebenfalls gehören, in dem es sich um eine 52jährige, wegen akuter Peritonitis operierten Frau handelte, wo sich eine erbsgroße Perforation des Dünndarmes und in der freien Bauchhöhle eine Ascaris fand.

Über 45 Fälle von Tuberkulose des Dünndarmes berichtet Pritchard. Der Beginn der Erkrankung sei heimtückisch; gewöhnlich ist das Leiden schon weit vorgeschritten, wenn es in Behandlung gelangt. Neuerdings ist erwiesen, daß es durch Sanatoriumsbehandlung in Verbindung mit notwendigen operativen Eingriffen und Bestrahlung erfolgreich zu behandeln ist.

Syphilis des Dünndarmes ist nicht häufig; Haissinski teilt einen durch Enteroanastomose geheilten Fall von syphilitischer Striktur 40—50 cm oberhalb der Valvula Bauhini mit; auf Grund der bisher mitgeteilten Fälle berichtet er, daß 14% aller Strikturen des Dünndarmes syphilitisch sind. Die Therapie ist immer eine operative und zwar soll stets die Enteroanastomose ausgeführt werden, da sie 100% Heilung ergibt, während mit der Resektion nur 45,5% Heilung erzielt wurden.

Von benignen Tumoren des Dünndarmes kommen Lipome, Myome, Fibrome und Angiome vor (Martin). Die Lipome sind etwa ebenso häufig wie die des Dickdarmes (Derocque); sie wachsen in das Darmlumen hinein und können zum Darmverschluß wie zur Invagination Anlaß geben. Über ein Fibrolipom und ein Myom berichtet Bouvier. Landois fand gelegentlich einer Appendektomie bei einem 25jährigen Mädchen ein apfelgroßes Haemangioma cavernosum, Brown sah bei einem 12jährigen Mädchen einen varicocelen ähnlichen Tumor, der Ileuserscheinungen gemacht hatte, und Sudhoff sah ein Chylangioma cavernosum cysticum des Dünndarmmesenteriums bei einem 31jährigen Mädchen. Adenome des Dünndarmes, die unter dem Bilde einer rezidivierenden Invagination verliefen, wurden von van Dijk und Oudendal bei zwei Geschwistern beobachtet; aus der weitgehenden Ähnlichkeit des Baues der Geschwülste schließen die Verfasser, auf eine angeborene Anlage zur Bildung von Adenomen im Sinne Mendels. Einen Fall von multiplen Adenomen, der unter Ileuserscheinungen zur Operation kam, beschreibt Novák.

Zwei Neuroblastome des Jejunums wurden von Ritter beobachtet; er meint, daß manches scheinbare Sarkom vielleicht solch ein Tumor sei, deshalb sei in jedem Falle eine genaue mikroskopische Untersuchung erforderlich.

Pamperl und Terplan fanden bei einem 38jährigen Manne mit Darmstenose bei der Operation einen Coecaltumor, nach dessen Resektion sich herausstellte, daß es sich um eine Invagination handelte. Ursache derselben war ein weicher kugeliger Tumor des unteren Ileums, der sich als Lymphogranulomatose erwies. Auch Josselin de Jong fand als Ursache einer Darmperforation, wie die mikroskopische Untersuchung ergab, eine isolierte Lymphogranulomatose.

Maligne Tumoren des Dünndarmes. Die primären Carcinome des Dünndarmes sind recht seltene Geschwülste. An der Mayoklinik (Craig) wurden unter 4684 Carcinomen des Magen-Darmkanales 36 Carcinome des Dünndarmes (inkl. sechs des Duodenums) beobachtet, von denen acht primäre Tumoren waren; siebenmal wurde die

Radikaloperation ausgeführt mit einer Dauerheilung. Die klinischen Erscheinungen sind die einer Stenose. Auch Primrose beobachtete ein primäres Carcinom. Ewojan beobachtete zwei Fälle und fand in der Literatur bis zum Jahre 1917 nur 54 mitgeteilt. Die nicht stenosierende Form ist bösartiger als die stenosierende, weil sie früher metastasiert und verborgener verläuft. Die häufigsten Symptome sind Abmagerung, Schmerzen und Kolikanfälle; die Diagnose ist auch bei tastbarem Tumor unsicher.

Sarkome des Dünndarmes sind häufiger als Carcinome. So beschreibt Liu neun Fälle von Lymphosarkom, Koch vier, Rankin zwei, Vautrin und Michon und Mirotworzeff und Sacharoff je einen Fall. Ratzner stellt im Anschluß an eine eigene Beobachtung 39 Fälle aus der Literatur seit 1907 zusammen. Das Wachstum der Sarkome erfolgt gewöhnlich in der Längsachse des Darmes, welcher fast nie zirkulär umwachsen wird. Die operative Mortalität ist von 38,8% im Jahre 1906 auf 14,5% für die 39 von Ratzner gesammelten Fälle gesunken.

Ein malignes Neuroblastom wird von Ferrero beschrieben, der 79 derartige Fälle aus der Literatur zusammenstellen konnte; vor diesen hatte über ein Drittel ihren Sitz im Gebiet des Bauchsympathicus.

Einen kongenitalen Dünndarmverschluß, eine Atresie der untersten Dünndarmschlinge, sahen Farr und Fries bei einem 4 Tage alten Mädchen, das 24 Stunden nach der Operation starb. Kongenitale Stenosen des Dünndarmes werden von Hueter und von Pestalozza berichtet; in beiden Fällen fand sich die Stenose ca. 30 cm oberhalb der Ileocoecalklappe und die mikroskopische Untersuchung ergab das Fehlen beider Muskelschichten, sodaß die Verengerung des Lumens nur eine scheinbare durch das Fehlen der Muskulatur bedingte war.

Divertikel des Jejunums sind recht selten und im allgemeinen wenig gefährlich, gewöhnlich werden sie als Zufallsbefunde bei anderen Bauchoperationen entdeckt. Moreau stellt 42 Fälle aus der Literatur zusammen und Rothschild 33. Watanabe teilt zwei Fälle mit. Die Diagnose wird durch die Röntgenuntersuchung allein gemacht. Komplikationen können auftreten in Form von Diverticulitis, Eitersackbildung, Ulzerationen, Nekrose mit lokaler Peritonitis, Peridiverticulitis mit Okklusionserscheinungen, Peritonitis und Darmverschluß.

Über Pneumatosis des Dünndarmes, jene seltene, viel häufiger bei Tieren beobachtete Erkrankung, liegen eine ganze Reihe von Veröffentlichungen vor. Mills, der drei eigene Beobachtungen bringt, stellt 100 Fälle aus der Literatur zusammen und Nitsch mit einem eigenen 85. Die Ätiologie der Erkrankung ist umstritten; es gibt bakteriologische, chemische, neoplastische und mechanische Erklärungsversuche. Naeslund glaubt, daß das Primäre Schleimhautläsionen sind, durch die Darmgase und dahinter andere gasbildende Bakterien in die Darmwand eintreten. Masson stellt die Theorie auf, daß in der Lymphe gelöstes Gas frei wird durch eine chemische Reaktion in den Gefäßen. Das Eindringen des Gases in die Lymphe stellt sich Masson so vor, daß lange Zeit hindurch Säuren resorbiert werden (etwa Milchsäure), und diese Säuren in die Chylusgefäße eindringen. Nach den Gesetzen der Diffusion erfolgt dann „Austausch zwischen den Blutgasen und Kohlensäure, die dann in den Lymphbahnen festgehalten wird". Weitere Fälle werden mitgeteilt von Trias Pujol (drei), Reverdin (zwei), Xanthopulides (zwei), Esteves (zwei) und Zeno (einer).

Anatomie und Physiologie des Magens und Darms.

Badylkes, S., Die experimentelle Thyreotoxikose, die Schilddrüse und ihr Einfluß auf die Magensekretion. (Semiotisch-diagnost. Klin. f. inn. Krankh., Moskauer med. Hochsch., Prof. Andrejeff.) (Russkaja klinika Bd. 8, Nr. 10, S. 199—210.) (Russisch.) **33**, 239.

Bakay, L., Über Hindernisse der Duodenumentleerung. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 29.

Barber, W. Howard, Motility of the stomach after local resection for gastric ulcer. (Dep. of surg., univ. a. Bellevue hosp., med. coll. New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 170—174.) **31**, 552.

Bársony, Theodor, Über die Muskelinnervation des Magens. (Provisorische Arbeitshypothese.) (Charité-Poliklin., Budapest.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 34, H. 3/4, S. 188—192.) **32**, 35.
Bársony, Tivador, Das Gefäßproblem in der Magenpathologie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 25, S. 588—590.) (Ungarisch.) **32**, 766.
Bársony, Tivador, und Béla Hortobágyi, Über die hohe Duodenalfistel. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 29, S. 698—699.) (Ungarisch.) **33**, 55.
Bartle, Henry J., and Malcolm J. Harkins, The gastric secretion: Its bactericidal value to man. With a report of bactericidal experiments. (Research inst. of cutaneous med., Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 3, S. 373—388.) **32**, 238.
Baur, Max, Studien über die Dünndarmperistaltik. III. Mitt.: Die peristaltischen Vorgänge unter der Einwirkung der fetten Öle, von Koloquinten, Gutti und Kalomel. (Pharmakol. Inst., Univ. Kiel.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **109**, H. 3/4, S. 233—248.) *
Bergman, Adolfo, Neue Methoden der funktionellen Magendiagnostik. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 11, S. 534—544.) (Spanisch.) **37**, 601.
Bingel, A., Gastroskopie mit tödlichem Ausgang. (Landeskrankenh., Braunschweig.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. **46**, Nr. 30, S. 695.) **33**, 114.
Boas, I., Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten. 8. u. 9., völlig neubearb. Aufl. (Leipzig: Georg Thieme 1925. XVI, 817 S. RM. 42.—.) **32**, 168.
Bobrov, W., Über die Anordnung des retroperitonealen Gewebes in der Umgebung des Duodenums beim Menschen. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924.) (Russisch.) **33**, 737.
Ciminata, Antonino, La secrezione gastrica. Contributo di chirurgia fisiologica dello stomaco. (Istit. di fisiol., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. **6**, S. 549 bis 791.) **34**, 372.
Ciminata, Antonino, Sulla struttura di un lembo di stomaco isolato da lungo tempo. (Istit. di fisiol. sperim., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. **4**, S. **474** bis 480.) **34**, 709.
Doberer, Das Krankheitsbild der adhäsiven Gastritis. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., (Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 685.
Faccini, Ugo, Ricerche cliniche e sperimentali sulla escrezione di sostanze coloranti da parte della mucosa gastrica. (Istit. di clin. chir. e med. operat., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 202—211.) **34**, 24.
Fleckel, J., Über die Häufigkeit der Tastbarkeit der normalen Teile des Magendarmtraktus. (Russkaja klinika Jg. **2**, Bd. **3**, Nr. 2, S. 556—569.) (Russisch.) **34**, 157.
Gasparjan und Tziviritzyn, Zur Bewertung der funktionellen Magenuntersuchungsmethoden. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **9**, H. 1, Nr. 33, S. 27—34.) (Russisch.) **35**, 570.
Glaessner, Karl, und Hermann Wittgenstein, Neue Funktionsprüfung des Magens. (Rainer-Spit., Wien.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **34**, H. 5/6, S. 303 bis 324.) **32**, 767.
Heilmeyer, Ludwig, Klinische Beiträge zur Physiologie und Pathologie der Magensekretion. (I. med. Univ.-Klin., München.) (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. **148**, H. 5/6, S. 273—312.) **34**, 371.
Henderson, W. F., Duodenal antiperistalsis. Further observations. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 19, S. 1462—1465.) **34**, 373.
Hübner, A., Die Bedeutung der gastroskopischen Untersuchungsmethode. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 10, S. **456** bis 460.) **31**, 549.
Hurst, Arthur F., An address on the sphincters of the alimentary canal and their clinical significance. (Brit. med. journ. Nr. **3348**, S. 145—151.) **31**, 459.
Hurst, Arthur F., Les sphincters du canal alimentaire et leur signification clinique. (Guy's hosp., London.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 1, S. 1—34.) *
Kaestle, Karl, Die Peristaltik der Pars superior duodeni und der Massentransport in ihr. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 39, S. 1610—1611.) **33**, 815.
Knack, A. V., Kritisches zur Gastroskopie. (Allg. Krankenh., Barmbek.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. **46**, Nr. 38, S. 913—919.) **33**, 814.
Knaffl-Lenz, E., und S. Nogaki, Über die Resorption aus ausgeschalteten Darmschlingen. (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **105**, H. 1/2, S. 109—123.) **31**, 622.
Korbsch, Roger, und Karl Schulte, Zur Lagerung bei der Gastroskopie. (St. Elisabeth-Krankenh., Oberhausen.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 9, S. 324.) **31**, 383.

Liberopulo, Elia, Ricerche sperimentali sul chimismo gastrico rispetto ai vari tipi alimentari, alla cottura dei cibi ed all'influenza dell'adrenalina, atropina e stricnina sul chimismo stesso. (Istit. di patol. spec. med. dimonstrat., Genova.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 19, S. 435—437.) *

Lockwood, Bruce C., The digestive tract and endocrine function. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 14, S. 1032—1036.) *

Loessl, J., Die Erkrankungen der Gallenwege und die Magensekretion. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 326.

Makai, Über angeborene peripylorische Membranen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 686.

Martini, Tulio, und José Comas, Eine neue Methode der funktionellen Magenprüfung. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 13, S. 677—681.) (Spanisch.) **32**, 238.

Münch, H., Pankreaskeime im Pylorus. (Allerheiligen-Hosp., Breslau.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 4, S. 538—542.) **34**, 157.

Napalkov, P., Die anatomischen Besonderheiten der sogenannten Waldeyerschen „Magenstraße". (Chir. Klin., Univ. Rostov am Don.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924.) (Russisch.) **33**, 739.

Papilian, Victor, und Liviu Funariu, Der Einfluß des Sympathicus auf die Acidität des Magensaftes. (Inst. de anat. descript. si topograf., univ., Cluj.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 9/10, S. 351—352.) (Rumänisch.) *

Rabe, F., Über den duodenalen Pylorusreflex. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 44, S. 1872—1873.) **34**, 709.

Redwitz, Erich v., Die Chirurgie der Magenerkrankungen. (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. **3**, H. 1, S. 1—32. RM. 1.50.) **33**, 903.

Rieder, H., Die physiologische Dünndarmbewegung beim Menschen. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 4, S. 461—468.) **33**, 744.

Sander, P. M., Magenentleerung in rechter und linker Seitenlage. (Röntgenklin., hosp. Bispebjerg, Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 16, S. 396—398.) (Dänisch.) **32**, 400.

Schiassi, Benedetto, The rôle of the pyloro-duodenal nerve supply in the surgery of duodenal ulcer. (Surg. clin., univ., Modena.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 5, S. 939 bis 948.) **33**, 247.

Schneller, Fritz, Zur Physiologie der Dünndarmbewegungen. (Med. Univ.-Klin., Breslau.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 2/3, S. 177—217.) **33**, 743.

Sofoterov, S., Embryologisch-anatomische Eigenschaften der Pars pyloro-duodenalis bei hoher und niedriger Fixation des Ductus omphalo-mesentericus. (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 2, S. 73—80.) (Kroatisch.) **31**, 549.

Sternberg, Wilhelm, Erleichterung der Gastroskopie und Herabsetzung der Gefährlichkeit durch ein Pneumokolon. (Fortschr. d. Med. Jg. **43**, Nr. 9, S. 118 bis 119.) **33**, 51.

Sternberg, Wilhelm, Der lebende Pylorus. (Gastroskopische Diagnose und Fehldiagnose des Pylorus.) (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 1, S. 102 bis 108.) **34**, 658.

Sternberg, Wilhelm, Das Problem der Gastroskopie und seine endgültige Lösung. (Fortschr. d. Med. Jg. **43**, Nr. 18, S. 283—287.) *

Sternberg, Wilhelm, Allgemeine Endoskopie und Gastroskopie. (Neue Gesichtspunkte aus der Mechanik des Oesophagus.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 23, S. 943—945.) *

Sternberg, Wilhelm, Oesophagoskopie und Gastroskopie. (Zeitschr. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenheilk. Bd. **13**, H. 1, S. 138—146.) *

Sternberg, Wilhelm, Die Frage der Gastroskopie und ein Versuch zu ihrer definitiven Lösung. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. **6**, Nr. 18, S. 313—320.) (Flämisch.) *

Thorell, Gottfrid, Untersuchungen über die Bewegungsfähigkeit der Mucosamuskulatur des Magens. (Pharmakol. Abt., Karolin. Inst., Stockholm.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 9, S. 338—339.) **32**, 35.

Thorell, Gottfrid, Etudes sur les propriétés motrices de la musculature de la muqueuse stomacale. (Sect. de pharmacol., inst. Carolin de méd., Stockholm.) (Arch. internat. de physiol. Bd. **24**, H. 3, S. 209—217.) **32**, 292.

Thorell, Gottfrid, Beitrag zur Frage der Innervation des Magens. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 29, S. 822—827.) (Schwedisch.) **33**, 814.

Thorell, Gottfrid, Zur Innervation des Magens. (Pharmakol. Abt., Karolin. Inst., Stockholm.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 35, S. 1456—1457.) **35**, 400.

Thorell, Gottfrid, Contribution à la question de l'innervation de l'estomac. (Inst. Carolin de méd., sect. de pharmacol., Stockholm.) (Arch. internat. de physiol. Bd. **25**, H. 2, S. 124—130.) *

Thorell, Gottfrid, Studien über die Reaktion der Muskulatur der Magenschleimhaut auf verschiedene Reizmittel. (Karolinska Inst., farmakol. avd., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 1/2, S. 37—45.) (Schwedisch.) *

Usadel, Untersuchungen über die Gefäßversorgung des Magens zum Zwecke seiner plastischen Verwendbarkeit. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 685.

Usadel, Willy, Untersuchungen über die Gefäßversorgung des Magens zum Zweck seiner plastischen Verwendbarkeit. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **138**, Kongreßber., S. 401—427 u. S. 127.) **33**, 522.

Váňa, Antonín, Nebenerscheinungen bei Lumbalanästhesie, besonders Peristaltik des Darmes. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 29, S. 1077—1082, Nr. 30, S. 1113 bis 1116 u. Nr. 31, S. 1142—1146.) (Tschechisch.) **34**, 337.

Višnevskij, A., Zur klinischen Topographie des Magens. (Med. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 71—81.) (Russisch.) **38**, 316.

Weitz, Wilhelm, und Walter Vollers, Studien über Magenbewegungen. (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **47**, H. 1/2, S. 42—69.) **34**, 312.

Wolfer, R., Klinische und pharmakologische Untersuchungen über Peristaltin „Ciba". Wirkungen und Indikationen seiner intravenösen Anwendung. (Sanat. Dr. Wolfer. Davos.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 33, S. 767—771.) **33**, 59.

Zimmermann, K. W., Beitrag zur Kenntnis des Baues und der Funktion der Fundusdrüsen im menschlichen Magen. (Anat. Inst., Univ. Bern.) (Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 281—307.) *

Allgemeines über Magen- und Darmkrankheiten.

Anders, H. E., Die Genese der angeborenen Stenosen und Atresien des menschlichen Darmkanals im Lichte der vergleichenden Entwicklungsgeschichte. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 3: Ergebn. d. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **26**, S. 343—462.) *

Ascoli, Manfredo, Le modificazioni del chimismo gastrico dopo la gastro-enterostomia. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 6, S. 269—282.) **32**, 463.

Bársony, Tivador, Das Gefäßproblem in der Magenpathologie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 25, S. 588—590.) (Ungarisch.) **32**, 768.

Bingel, A., Gastrokospie mit tödlichem Ausgang. (Landeskrankenh., Braunschweig.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. **46**, Nr. 30, S. 695.) **33**, 114.

Boas, I., Kann die Guajacprobe heutzutage als zuverlässige Methode für den Nachweis von okkulten Blutungen angesehen werden? (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 3, S. 109—110.) **31**, 619.

Bobin, V., Zur Kasuistik des Situs viscerum inversus totalis. (Ukrainer psychoneurol. Inst., Krasnodar, Dir. A. Geimanowič.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1983 bis 1985.) (Russisch.) **35**, 621.

Brdiczka, Georg, Der grüne Mageninhalt bei schwerer gutartiger Pylorusstenose. (Med. Univ.-Poliklin., Breslau.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **4**, S. 130 bis 131.) **31**, 834.

Budde, Max, Operativ geheilte Spontanruptur der Arteria gastroepiploica sinistra. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 33, S. 1383—1384.) **33**, 58.

Cignozzi, Oreste, Le stenosi duodeno-piloriche estrinseche di origine colecistica. (Div. chir., osp. Grosseto.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. **36**, S. 844—848.) **33**, 667.

Croes, F., Über Darminfarkt. (Chir. afdeel., Wilhelmina-gasth., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 15, S. 1687—1691.) (Holl.) **32**, 669.

Curschmann, H., Über schwere Magenstörungen und Gelenkerkrankungen bei Morbus Basedow. (Med. Klin., Univ. Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5. S. 13—27.) **32**, 825.

Disertinskaja, E., Die Verdauungskraft des Magensaftes nach Cholecystgastrostomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 281—287.) (Russisch.) **37**, 119.

Doberer, Das Krankheitsbild der adhäsiven Gastritis. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 685.

Duval, Pierre, Henri Béclère et Porcher, Sténoses duodénales compliquant les affections gastriques. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 115, S. 26—27.) **31**, 312.

Escudero, Pedro, Neurose des unteren Mesenterialplexus. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 185—197.) (Spanisch.) **35**, 237.

Farr, Robert Emmett, and Clarence W. Brunkow, Congenital abnormalities of the intestine. Intestinal aplasia: Atresia of the rectum and anus complicated by recto-vesical fistula, with a report of cases. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 3, S. 417—433.) *

Fokin, W. W., Der Zustand des vegetativen Nervensystems bei Magenerkrankungen. (Timirjasev-Stadtkrankenh., Moskau.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 891 bis 899.) (Russisch.) 35, 321.

Fraikin et Burill, Sur trois cas de périgastrite. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 115, S. 23—26.) 31, 309.

Ginzberg, M. M., Zur Frage lymphogenen Zusammenhangs der Entzündung des Wurmfortsatzes mit Erkrankungen des Magens. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 559.) (Russisch.) 35, 171.

Ginzberg, M. M., Zur Frage des lymphogenen Zusammenhanges zwischen der Entzündung des Wurmfortsatzes und einigen Magenerkrankungen. (Chir. Hosp.-Klin., II. Univ., Dir. Prof. P. D. Ssolowoff, Moskau.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 11, S. 391—396.) (Russisch.) 35, 766.

Hautefort, L., Etude pré-opératoire du malade en chirurgie gastro-intestinale. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 11, S. 426—433.) 34, 445.

Heilmann, Pankraz, Stoffwechseluntersuchungen nach totaler Magenresektion. (Allg. Krankenh., Bamberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 5, S. 178 bis 182.) 31, 552.

Jirásek, Arnold, Über einige intramurale Ursachen der Krämpfe des Verdauungskanals. (I. chir. Klin., Univ. Prag.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 2, S. 91 bis 99.) 32, 343.

Kerley, Charles Gilmore, Recurrent vomiting in its relations to abnormalities of the gastro-intestinal tract. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 7, S. 301 bis 304.) *

Kleinschmidt, H., Magenblutung nach Pylorusstenose im Säuglingsalter. (Univ.-Kinderklin., Hamburg-Eppendorf.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 196—197.) 31, 835.

Knack, A. V., Kritisches zur Gastroskopie. (Allg. Krankenh., Barmbek.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 38, S. 913—919.) 33, 814.

Loessl, Johann, Gallensteine und Magensekretion. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 325—329.) 37, 443.

Makai, Endre, Zur pathologischen Bedeutung der Schmerzhaftigkeit der Gallenblasen- und Magenpforten-Gegend. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 152—156.) (Ungarisch.) 33, 280.

Martin du Pan, Ch., Malformation congénitale de l'intestin qui pouvait être prise pour une invagination. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 3, S. 178—180.) *

Milobar, Karola, Enthelminthen und deren Bedeutung in der Pathologie der Verdauungsorgane. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 1, S. 17—25 u. Nr. 2, S. 96—116.) (Kroatisch.) 31, 557.

Molodaja, E. K., Nicht zu vermeidende Fehler in der Diagnostik der Magenkrankheiten. (Chir. Hosp.-Klin., I. Univ. Moskau, Prof. Martynov.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 90—101.) (Russisch.) 35, 898.

Ogilvie, W. Heneage, Infections of the alimentary tract. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 752—782.) 32, 106.

Orator, Viktor, Beiträge zur Magenpathologie III. Nichtcarcinomatöse Tumoren und Entzündungen des Magens, studiert an chirurgischem Resektionsmaterial. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 1, S. 230—242.) 32, 608.

Orator, V., Beiträge zur Magenpathologie. IV. Klinischer Teil. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 663—681.) 32, 35.

Pfeffer, Albert M., Acute necrotizing gastritis with inflammatory mass in cardiac portion of the stomach. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 2, S. 62—64.) 35, 166.

Pietri, G. A., Rilievi e ricerche sui rapporti fra funzionalità gastrica e biliare. (Istit. di clin. e patol. chir., univ., Sassari.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 212 bis 220.) 32, 833.

Rahoveanu, G., Die Funktionen des operierten Magens. (Clin. chir., Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 1/2, S. 10—18.) (Rumänisch.) 32, 195.

Samochozkij, Zur Frage über die Abhängigkeit der Schmerzen bei Darmerkrankungen von der Form der Darmkontraktionen. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 509.) (Russisch.) 33, 897.

Schoemaker, Jan, The red stomach. (City hosp., The Hague.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 305—309.) 31, 686.

Strauß, H., Über Magenschmerzen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 27, S. 1097 bis 1100.) *

Surmont, H., et Jean Tiprez, L'avidité colique dans les rétrécissements pyloriques et sus-pyloriques, sa démonstration, son utilisation thérapeutique. (Clin. des maladies de l'appareil digestif, fac. de méd., univ., Lille.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 14, S. 317—321.) **32**, 468.

Takats, G. de, Cholecystectomy for hyperacidity. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 221—223.) **31**, 326.

Takeuchi, K., Über eigenartige Darmwandnekrosen durch Ascariden. (Pathol. Inst., Univ. Basel.) (Virchows Arch. d. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 502 bis 511.) **34**, 251.

Tinozzi, Francesco Paolo, Beitrag zum Studium der Colibacillen in den Verdauungswegen, besonders in bezug auf die perniziöse Anämie. (Krankenh. Moabit, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 21, S. 1017—1019.) **32**, 416.

Udaendo, Carlos Bonorino, Sur la valeur de l'éosinophilie gastrique dans le diagnostic différentiel entre les acchylies organiques et les achylis fonctionelles. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 27, S. 437—438.) *

Velickovič, S., Gastroschisis completa cum „Ectopia" hepatis. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 3, S. 130—132.) (Serbo-kroatisch.) *

Wakeley, Cecil P. G., A large cavernous haemangioma of the left lobe of the liver causing obstruction to the cardiac orifice of the stomach. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 590—593.) **31**, 109.

Weiss, A. G., et P. Porcher, Existe-t-il une colisation de l'intestin grêle après la colectomie? Recherches expérimentales. (Clin. thérapeut. chir., univ., Paris.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 7, S. 692—706.) **33**, 389.

Traumatische und chemische Magen- und Darmerkrankungen.

Botz, C. Gheorgke, Fremdkörper (Kugel) im Dünndarm, durch Laparotomie entfernt. (Spit. milit. „Regina Elisabeta" serv. II chir., Bukarest.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 2, S. 71—74.) *

Fecher, K., Behandlung der Darmfisteln durch ölgetränkte Tampons. (Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin.) (Vox med. Jg. 5, Nr. 7, S. 369—372.) **33**, 119.

Gurewič, G., Über die Pathogenese und Symptomatologie der subcutanen Darmrupturen. (Chir. Abt., Alexander-Stadtkrankenh., Kijev, Prof. Sawjalov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 558—568.) (Russisch.) **33**, 745.

Krymov, A., Zur Frage über die Darmberstung. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Krymov. Kijew.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 37—40.) (Russisch.) **33**, 745.

McKelvey, D., A case of traumatic perforation of the jejunum associated with compound fracture of the leg, necessitating amputation. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 44, Nr. 2, S. 111—113.) *

Peco, Gabriel, Diagnostik der organischen Verletzungen des Pylorus. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 281—287.) (Spanisch.) **34**, 784.

Prževalckij, Über Platzen des Darmes. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. 2, S. 45.) (Russisch.) *

Stohr, Rudolf, Über einen Fall von Ulcus am Pylorus bei einem 22 Monate alten Kinde als Folge einer Lötwasservergiftung. (Allg. öff. Krankenh., Komotau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 47, S. 2644—2647.) **33**, 816.

Akute Magendilatationen, Magendivertikel.

Ciarlo, Fernando E., Gastro-colo-hepatoptose, Typhlo- und Gastrektasie. Chronische Appendicitis. Operatives Vorgehen. Kasuistische Beiträge. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 22, S. 1148—1158.) (Spanisch.) **32**, 524.

Cleve, A., Divertikel und Divertikelmyome des Magens. (Pathol. Inst., Krankenanst., Bremen.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 255, H. 1/2, S. 373 bis 383.) **31**, 834.

David, Václav, Akute Magenerweiterung. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 36, S. 1302—1306.) (Tschechisch.) **33**, 245.

Nieuwejaar, L., Über akute Magenerweiterung. (Med. rev. Jg. 42, Nr. 9, S. 407—418.) (Norwegisch.) **33**, 438.

Reder, Francis, Remarks on acute postoperative dilatation of the stomach. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 12, S. 757—760.) **32**, 518.

Robertson, George, Acute dilatation of the stomach and intestinal tube with a „consideration of chronic duodenal ileus". (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 206—213.) **31**, 553.

Sutherland, Charles G., Multiple diverticula, with hemorrhage, in the wall of the stomach: Report of case. (Sect. on roentgenol., Mayo clin., Rochester.) (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 523—524.) **34**, 318.
Weiss, Samuel, Diverticula of the stomach. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 12, S. 768—770.) **32**, 521.

Magenvolvulus.

Gill, Frederick, Volvulus of the stomach. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 44, S. 418—420.) **33**, 911.
Meisels, Emil, Torsion des Magens. (Med. Univ.-Klin., Lwów.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 4, S. 363—367.) **33**, 52.

Gastroptose.

Abrashanow, A., Ein plastisches Verfahren der Gastropexie. (Chir. Klin., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 31, S. 1707—1708.) **32**, 725.
Abražanov, A., Ein plastisches Verfahren bei der Gastropexie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 30—33.) (Russisch.) **37**, 434.
Axtell, W. H., Gastroenteroptosis and its problems. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 6, S. 132—135.) *
Becker, Leop., Außergewöhnlicher Fall einer Magensenkung bis in den Hodensack. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. **22**, Nr. 12, S. 357—360.) **32**, 607.
Braizew, W. R., Eine Methode der chirurgischen Behandlung der Gastroptose. (Chir. Abt., Semaschko-Zentr.-Eisenbahnkrankenh., Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 40, S. 2245—2248.) **33**, 214.
Ciarlo, Fernando E., Gastro-colo-hepatoptose, Typhlo- und Gastrektasie. Chronische Appendicitis. Operatives Vorgehen. Kasuistische Beiträge. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 22, S. 1148—1158.) (Spanisch.) **32**, 524.
Elter, Hans, Chirurgische Behandlung der Gastroptose und der chronischen Gastritis. (Allg. Krankenh., Viersen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 266 bis 274.) **32**, 606.
Liek, E., Sollen wir den Senkmagen operieren? (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 1, S. 174—182.) **33**, 114.
Martin, B., Behandlung der Gastroptose durch Resektion. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 40, S. 2226—2229.) **33**, 274.
Paul, E., Erfahrungen mit der Ptosenoperation nach Perthes. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 698—708.) **31**, 836.
Vvedenskij, K. K., Über Resultate der operativen Gastroptosenbehandlung. (Chir. propädeut. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Girgolav, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 91—101.) (Russisch.) **35**, 622.

Kardiospasmus, Pylorospasmus, hypertrophische Pylorusstenose (angeborene und bei Erwachsenen).

Arquellada, M., Angeborene Pylorusstenose. (Hosp. del Niño Jesus, Madrid.) (Pediatria española Jg. **14**, Nr. 156, S. 257—272.) (Spanisch.) *
Ashby, Hugh T., and A. H. Southam, The early diagnosis and treatment of pyloric stenosis in infants. (Brit. med. journ. Nr. **3348**, S. 403—405.) **32**, 190.
Bársony, T., Beschwerdelose jahrzehntelang dauernde Schlingstörungen. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 432.
Bastianelli, Raffaele, Pylorus spasm and its surgical treatment. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 45—51.) **32**, 292.
Bayle, Henri de, Gastric tetany. (Serv. of dr. Ashhurst, episcopal hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 622—630.) **31**, 840.
Benoit, H. Wright, Pyloric obstruction in infants, with review of literature and analysis of personal cases. (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 2, S. 33—41.) **33**, 51.
Bolling, Richard W., Congenital hypertrophic pyloric stenosis. A review of four hundred and fifty-four cases in which the Fredet-Rammstedt operation was performed.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 1, S. 20—24.) **33**, 522.
Brdiczka, Georg, Der grüne Mageninhalt bei schwerer gutartiger Pylorusstenose. (Med. Univ.-Poliklin., Breslau.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 4, S. 130 bis 131.) **31**, 834.
Busch, Irving, Gastric tetany: a fatal case. (Dep. of laborat., Beth Israel hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 654—657.) **32**, 458.

Butzengeiger, O., Die extramuköse Pyloromyotomie oder extramuköse Pyloroplastik zur Behandlung spastischer Zustände des Magens. (Marienheim, Elberfeld.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 20, S. 1074—1077.) **32**, 192.

Cignozzi, Oreste, Le stenosi duodeno-piloriche estrinseche di origine colecistica. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 36, S. 844—848.) **33**, 667.

Critchley, Macdonald, and Julian M. Wolfsohn, The operative treatment of gastric crises. A critical survey. (Journ. of neurol. a. psychopathol. Bd. 5, Nr. 20, S. 318—332.) **33**, 664.

Davison, Wilburt C., Pyloric stenosis of infants. A statistical analysis of sixty cases. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 2, S. 75—84.) **33**, 274.

Davison, Wilburt C., The medical treatment of pyloric stenosis of infants. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 3, S. 157—163.) **33**, 733.

Dellepiane, Julio, Hypertrophische Pylorusstenose. (Arch. americ. de med. Bd. 1. Nr. 4, S. 136—147.) (Spanisch.) **33**, 732.

Dziembowski, Z., Zur chirurgischen Behandlung des Kardiospasmus. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H 4, S. 86—95.) (Polnisch.) **35**, 166.

Eberle, A., Zur Pyloromyotomie bei Pylorospasmus. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 22, S. 544—546.) (Russisch.) **35**, 35.

Fowler, W. Frank, Infantile pyloric stenosis. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 940 bis 951.) *

Gerstley, Jesse R., Congenital pyloric stenosis. Refeeding a method of treatment and of possible prophylaxis. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 5, S. 371—374.) *

Herz, H., Beitrag zur Behandlung des Pylorospasmus. (Kinderklin., med. Akad., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 40, H. 1/2, S. 83—91.) **34**, 24.

Hughson, Walter, Reflex spasm of the pylorus and its relation to diseases of the digestive organs. (Surg. hunterian laborat., Johns Hopkins univ., med. dep., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 1, S. 136—151.) **33**, 903.

Jurasz, Antoni, Über ein neues Operationsverfahren beim Kardiospasmus. (Klin. chir., univ., Poznań.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 28, S. 649—651.) **34**. 312.

Kleinschmidt, H., Magenblutung und Pylorusstenose im Säuglingsalter. (Univ.-Kinderklin., Hamburg-Eppendorf.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 6, S. 196—197.) **31**, 835.

Levit, V., Über die Pyloromyotomie nach Payr beim Pylorospasmus. (Chir. Univ.-klin., Irkutsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 360—373.) (Russisch.) **38**, 318.

Marique, Albert, Sténose hypertrophique du pylore chez un nouveau-né. (Scalpel Jg. 78, Nr. 32, S. 861—864.) **32**, 834.

Ombredanne, M. L., La sténose pylorique du nourisson. (Clinique Jg. 20, Nr. 53, S. 367—368.) *

Payr, E., Erfahrungen mit der Pyloromyotomie. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 639—671 u. S. 129—131.) **33**, 524.

Porges, Otto, Über Pylorospasmus bei einem Kleinhirntumor mit Druck auf den dorsalen Vaguskern. (I. Med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 6, S. 173—174.) *

Riley, Franklin G., The infant's pylorus: Spasm and stenosis. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 6, S. 345—349.) *

Scott jr., A. J., Pyloric stenosis and pylorospasm. (Med. journ. a. record Bd. 121. Nr. 2, S. 96—99.) **31**, 929.

Sellers, Thos. B., Diagnosis and surgical treatment of congenital hypertrophic pyloric stenosis with report of cases. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 11, S. 475—478.) *

Stubbe, Un cas de sténose du pylore. (Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 1925. Nr. 3/4, S. 120—121.) *

Surmont, H., et Jean Tiprez, L'avidité colique dans les rétrécissements pyloriques et sus-pyloriques, sa démonstration, son utilisation thérapeutique. (Clin. des maladies de l'appareil digestif, fac. de méd., univ., Lille.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 14, S. 317 bis 321.) **32**, 468.

Tobler, W., Zur Behandlung der spastischen Pylorusstenose des Säuglings. (Kanton. Säuglingsh., Bern.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 53, S. 1193—1199.) **34**, 783.

Vinson, Porter P., and Howard R. Hartman, Pyloric obstruction due to swalling a solution of concentrated lye. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1037 bis 1040.) *

Walton, A. J., The surgical treatment of cardiospasm. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 701—737.) **32**, 371.

Willis, J. C., Hypertrophic pyloric stenosis in infants. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 3, S. 125—129.) **33**, 733.

Youmans, John B., and I. W. Greene, Gastric tetany. Report of a case treated with ammonium chlorid. (Dep. of internal med., univ. of Michigan med. school, Ann. Arbor.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 11, S. 808—810.) 32, 607.

Experimentelle Magengeschwüre.

Hoffmann, Albert, Experimental gastric and duodenal inflammation and ulcer. Produced with a specific organism fulfilling Koch's postulates. (Johnston-Wickett clin., Anaheim, Calif.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 2, S. 212 bis 219.) 32, 891.
Mann, Frank C., The chemical and mechanical factors in experimentally produced peptic ulcer. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 753—775.) 32, 889.
Vigyázó, Gyula, Experimentelle Studien über die Magenperforation. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 51, S. 1241—1244.) (Ungarisch.) 34, 315.

Magengeschwür und Duodenalgeschwür.

Acosta, Roberto, Die Vaccine zur Behandlung von Schmerz und Infektion bei Ulcus ventriculi. (Semana med. Jg. 32, Nr. 23, S. 1218—1220.) (Spanisch.) *
Agote, Luis, Das akute Magenduodenalgeschwür und seine Fehldiagnose als Appendicitis. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 90—103.) (Spanisch.) *
Alapy, Henrik, Form und Funktion des Magens nach der Finneyschen Pyloroplastik. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 5, S. 785—787.) 34, 315.
Ascoli, Manfredo, Le modificazioni del chimismo gastrico dopo la gastro-enterostomia. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 6, S. 269—282.) 32, 463.
Aussprache zu den Fragen der Magenchirurgie. (Ulcus ventriculi et duodeni, Ulc. perforativum.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr. 3.—8. V. 1924, S. 469—509. Moskau 1925.) (Russisch.) 33, 740.
Baake, Fr., Die Proteinkörpertherapie beim Magen- und Duodenalulcus. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 404 bis 420.) 31, 877.
Babcock, W. Wayne, The field of partial gastroenterostomy in the treatment of ulceration of the stomach and duodenum. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 9, Nr. 4, S. 473—485 u. 555—557.) 32, 109.
Baggio, Gino, L'importanza del piloro e del trauma ab ingestis nella produzione dell'ulcera digiunale e dell'ulcera peptica in genere. (Clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 249—256.) 32, 769.
Balfour, Donald C., Value of cooperation between internist and surgeon in the management of complicated gastric conditions, with some remarks on partial gastrectomy. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 12, S. 876—879.) 31, 928.
Balfour, Donald C., The management of lesions of the stomach and duodenum. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 673—684.) 33, 216.
Bang, Olaf, Neuere Anschauungen über die Ätiologie, Pathogenese und Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 2, S. 156—167.) (Norwegisch.) *
Barber, W. Howard, Motility of the stomach after local resection for gastric ulcer. (Dep. of surg., univ. a. Bellevue hosp., med. coll. New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 3, S. 170—174.) 31, 552.
Barker, Lewellys F., Peptic ulcer from the internist's standpoint. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1382—1385.) 34, 249.
Bársony, Theodor, Beiträge zur Revision der Magenpathologie. 1. Vom Pylorusgeschwür. (Charité-Poliklin., Budapest.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 38, S. 1420 bis 1421.) 33, 215.
Bársony, Theodor, Das Gefäßproblem in der Magenpathologie. (Charité-Poliklin., Budapest.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 35, H. 5/6, S. 324—332.) 36, 34.
Bársony, Tivador, Über das Pylorusgeschwür. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 15, S. 331 bis 333.) (Ungarisch.) 31, 928.
Bársony, Tivador, und Béla Hortobágyi, Über die hohe Duodenalfistel. (Orvos Hetilap Jg. 69, Nr. 29, S. 698—699.) (Ungarisch.) 33, 55.
Bauer, K. H., Magenstraße und Magenulcus. Zugleich ein Beitrag zur Frage der Exstirpation der Magenstraße. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 2, S. 223—252.) 34, 313.
Bensaude, R., I. Solomon et P. Oury, Le traitement radiothérapeutique des affections gastriques non néoplasiques. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 50, S. 841—843.) *

Berg, A. A., Eugene Klein, and Burrill B. Crohn, The radical surgical cure of gastric and duodenal ulcer. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 49—91.) **82**, 192.

Berner, Jorgen H., Interne oder chirurgische Behandlung blutender Magengeschwüre? (Komm. Sykehus, Oslo.) (Norsk Magaz. f. laegevidenskaben Bd. **86**, Nr. 12, S. 1329 bis 1335.) (Norwegisch.) **84**, 373.

Birgfeld, Ed., Ein Beitrag zur Magenchirurgie. Bericht über die am Stadtkrankenhause zu Chemnitz (Chef: Geh. San.-Rat Prof. Dr. P. Reichel) von 1907—1922 ausgeführten Magenoperationen unter besondere Berücksichtigung der Spätresultate. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 51—140.) **81**, 689.

Blaine, Edward S., Simple penetrating ulcer of the greater curvature of the stomach. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 1, S. 20 bis 23.) **84**, 27.

Blond, Kaspar, Die Gastroenterostomie-Krankheit und das postoperative Jejunalgeschwür. (Rothschildspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 12, S. 319 bis 321.) **81**, 930.

Blond, Kaspar, Die Beziehungen des sogenannten Circulus vitiosus nach Gastroenteroanastomose zum Ulcus pepticum jejuni postoperativum. Ein Beitrag zur spasmogenen Ulcusgenese. (Rothschildspit., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 281—339.) **82**, 241.

Boas, I., Kann die Guajacprobe heutzutage als zuverlässige Methode für den Nachweis von okkulten Blutungen angesehen werden? (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 3, S. 109—110.) **81**, 619.

Bogoras, N., Über Cholecystogastrostomie bei Ulcus ventriculi. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Bogoras, Rostov a. D.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 453.) (Russisch.) **83**, 738.

Bogoras, Nicolaus, Über Cholecystogastrostomie bei dem Magenulcus. Eine neue Operationsmethode zur Behandlung des Magenulcus. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **184**, H. 1, S. 42—50.) **81**, 386.

Bokor, György, Speiseröhrendivertikel und Duodenalgeschwür bei demselben Kranken. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 49, S. 1097—1098.) (Ungarisch.) **84**, 433.

Breyer, J. H., Surgical treatment of chronic peptic ulcer. (California a. western med. Bd. **32**, Nr. 2, S. 179—183.) **82**, 108.

Brickner, Walter M., and Henry Milch, Surgical clinics from the Broad street hospital, New York: Duodenal and gastric ulcers. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 11, S. 262—270.) **84**, 27.

Brohée, Georges, La conception du traitement chirurgical de l'ulcus gastroduodénal. (Scalpel Jg. 78, Nr. 1, S. 1—12, Nr. 2, S. 29—39 u. Nr. 3, S. 53—57.) **81**, 242.

Brown, K. Paterson, The late results in a series of forty-nine cases of perforated gastric and duodenal ulcers. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. **4**, S. 207 bis 213.) **81**, 838.

Budde, Werner, Über Kardio- und Oesophagospasmus bei Ulcus ventriculi. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. **4**, S. 525 bis 537.) **82**, 834.

Burk, W., Zweizeitige Resektion des Ulcus duodeni und termino-laterale Gastro-Duodenostomie usw. Bemerkungen zu obiger Arbeit von Finsterer in Nr. **46** dieses Zentralblattes 1924. (Marienhosp., Stuttgart.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 5, S. 244—245.) **81**, 305.

Busch, Max, Die Entstehung des hämorrhagischen Infarktes der Magenschleimhaut und seine Beziehungen zum Magengeschwür. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. IV. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Ergänz.-H., S. 182—194.) **83**, 522.

Butzengeiger, O., Die extramuköse Pyloromyotomie oder extramuköse Pyloroplastik zur Behandlung spastischer Zustände des Magens. (Marienheim, Elberfeld.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 20, S. 1074—1077.) **82**, 192.

Cade, A., L'ulcère du duodénum. (Séméiologie, diagnostic et traitement médical.) (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 38, S. 333—345 u. Nr. 39, S. 365—375.) *

Carter, R. Franklin, Gastric resection for pyloric and duodenal ulcer. A prelim. report. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 6, S. 920—924.) **84**, 449.

Casolo, Giovanni, L'ulcera duodenale. (Asp. magg. [Milano] Jg. **13**, Nr. **11**, S. 333 bis 345.) *

Cengiarotti, G. B., Sopra un caso di ulcera-cancro dello stomaco. (Istit. di anat. patol., univ., Padova.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 37, S. 868—871.) **83**, 487.

Cobb, Farrar, Lessons from two operative fatalities. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 20, S. 905—908.) **84**, 28.

Coryn, G., Un cas d'hémorragie grave de l'estomac due à une cholécystite. (Scalpel Jg. 8, Nr. 15, S. 341—343.) **31**, 876.
Costantini, Paolo, Guarigione operativa di uno stomaco a clessidra ulcerato a lunga strozzatura. (Osp. civ., Gallarate.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 221—229.) **32**, 770.
Cottle, George F., Surgery of juxta-pyloric ulcer. Report of operative results obtained at the U. S. Naval hosp., Brooklyn. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 149 bis 163.) **31**, 386.
Crile, G. W., Hyperthyroidism and peptic ulcer, an analogy. (Cleveland clin., Cleveland.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 818—821.) **32**, 759.
Crile, G. W., Surgery of the stomach and duodenum, with especial reference to ulcer. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 21, S. 1625—1628.) **33**, 906.
Crile, George W., A suggested analogy between hyperthyroidism and gastric ulcers. (Illinois med. journ. Bd. **48**, Nr. 2, S. 109—112.) *
Crohn, Burrill B., Samuel Weiskopf and Paul W. Aschner, The life cycle of peptic ulcer. (Gastro-intestinal surg. serv., med. a. pathol. dep., Mount Sinai hosp., New York.) (Arch. of internal med. Bd. **35**, Nr. 4, S. 405—422.) **32**, 769.
Csáki, László, Neuere Gesichtspunkte in der Behandlung des Magengeschwürs. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, H. 11, S. 413—415.) (Ungarisch.) **34**, 27.
Cuti, Giuseppe, Ulcera peptica del neopiloro. (Roma: A. Manufio. 1925. 232 S.) *
Dahl, Robert, Novoprotin bei Magen-Duodenalgeschwüren. (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 16, S. 481—485.) (Schwedisch.) **32**, 241.
Dakin, C. E., The etiology and surgical treatment of ulcer of the stomach and duodenum. (Journ. of the Iowa state med. soc. **25**, S. 367.) **34**, 157.
Davidson, Percy B., End-results of the medical treatment of peptic ulcer. (Med. clin. of North America Bd. **8**, Nr. 6, S. 1819—1839.) *
Delbet, Pierre, La vaccinothérapie dans les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 1, S. 5—12.) **31**, 619.
Delore, X., H. Comte et R. Labry, Ulcères doubles bi-orificiels de l'estomac. (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 44, S. 517—525.) **33**, 816.
Delore, X., P. Mallet-Guy et A. Vachey, De la résection dans les ulcères adhérents de la petite courbure. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 3, S. 213—229.) **32**, 39.
Delore, X., P. Mallet-Guy et A. Vachey, Les formes multiples et récidivants de l'ulcère de l'estomac. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 5, S. 620—663.) **34**, 514.
Delore, X., Joseph F. Martin et P. Mallet-Guy, Lesions de voisinage dans l'ulcus gastrique chronique. (Gastrite periulcéreuse, ulcères doubles, ulcère et cancer.) Considérations anatomiques et chirurgicales. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 1, S. 58—73.) **32**, 107.
Delore, X., J. de Rougemont et J. Creyssel, De l'occlusion aiguë du pylore en cours de sténoses. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 101, S. 1667—1669.) **34**, 317.
Delort, Maurice, et Gabriel Luquet, Hémorragies digestives à répétition chez un malade ne présentant pas de lésions macroscopiques extérieures de l'estomac, mais présentant des altérations caractéristiques de la muqueuse. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 1, S. 47—51.) *
Derocque, A., La physiologie de la gastro-jéjunostomie. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 77, S. 1249—1254 u. Nr. 79, S. 1281—1285.) **37**, 435.
Dible, J. Henry, Gastric ulcer and gastric carcinoma: An inquiry into their relationship. (Dep. of pathol., univ., Manchester.) (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 666 bis 700.) **33**, 248.
Diviš, Jiří, Sekundäre Duodenal-Pseudodivertikel bei Ulcus pepticum. (II. chirurg. Klin., Univ. Prag.) (Časopis lékařův českých Jg. **64**, Nr. 1, S. 8—11 u. Nr. 2, S. 61 bis 64.) (Tschechisch.) **31**, 183.
Diviš, Jiří, Chronisches peptisches Ulcus gastroduodenale und Magensekretionsstörungen. (II. chir. klin., Karlovy univ., Praze.) (Sborník lékařský Jg. **26**, H. 5/6, S. 343 bis 526.) (Tschechisch.) **34**, 446.
Dobrodolac, Jovan, Ulcus duodeni. (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 6, S. 336—339.) (Kroatisch.) *
Dunhill, T. P., An address on duodenal and gastric ulceration. Some personal experiences. (Brit. med. journ. Nr. **3363**, S. 1069—1073.) **33**, 275.
Duval, Pierre, et François Moutier, L'infection dans le cycle évolutif des ulcères gastro-duodénaux. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 14, S. 322—325.) **32**, 36.
Duval, Pierre, J.-Ch. Roux et F. Moutier, Rôle de l'infection dans l'évolution des ulcères gastro-duodénaux. Indications thérapeutiques. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 1, S. 3—4.) **30**, 932.
Edler, H., „Normacid", ein neues Mittel zur Behandlung des Ulcus ventriculi. (Henriettenstift, Hannover.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 3, S. 111.) **31**, 304.

Eggers, H., Pyloroplastik bei pylorusfernem Ulcus callosum. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 281—282.) *

Eguchi, Katsushiro, Über Magen- und Zwölffingerdarmgeschwür und ihr Verhältnis zu Komplikationen. (Pathol. Inst., Izumibashi-Charité, Tokio.) (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Tokyo. Bd. **15**, S. 109—111.) *

Eiselsberg, A., Die chirurgische Behandlung des Magenulcus. (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 1, S. 71—80.) **31**, 877.

Elansky, N. N., Adenomatöse Wucherungen nach dem Typus Brunnerscher Drüsen in den Rändern chronischer callöser Magen- und Duodenalulcera. (Chir. Hosp.-Klin. milit.-med. Akad., Leningrad.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **258**, H. 3, S. 731—736.) **34**, 159.

Emery jr., Edward S., The treatment of gastric, and duodenal ulcers. (Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **198**, Nr. 25, S. 1133 bis 1138.) **34**, 447.

Enderlen, E., Das Magen- und Duodenalgeschwür. (Clin. quir., univ., Heidelberg.) (Rev. méd. de Hamburgo Jg. **6**, Nr. 11, S. 389—396.) (Spanisch.) **34**, 245.

Erdmann, John F., Duodenal ulcer. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 351—355.) **32**, 417.

Erdmann, John F., and Rupert F. Carter, The operative treatment of duodenal ulcer with special reference to the Horsley operation. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 631—636.) **31**, 929.

Ermolov, B. W., Zur Pathogenese des Ulcus ventriculi. (Vvedenije w sozialnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej Moskau S. 115—124.) (Russisch.) **35**, 167.

Escudero, Pedro, und José W. Tobías, Chronischer Durchfall nach Resektion eines Ulcus der kleinen Kurvatur. (Clín. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 12, S. 574—581.) (Spanisch.) **37**, 273.

Eusterman, George B., Spontaneous healing of chronic duodenal and gastrojejunal ulcer. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1045—1053.) **31**, 839.

Evlachov, A. M., Zur Ätiologie des runden Magengeschwürs. (Bakinskij medizinskij žurnal Jg. **1**, Nr. 1, S. 117—123.) (Russisch.) **36**, 362.

Finsterer, Hans, The importance of the extensive resection of the stomach for the treatment of gastric and duodenal ulcers. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 3, S. 95—104.) **31**, 877.

Finsterer, Hans, Die Bedeutung des Ulcuscarcinoms des Magens für die Indikationsstellung bei der Behandlung des Magengeschwürs. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 11, S. 295—299 u. Nr. 12, S. 321—325.) **31**, 878.

Finsterer, Hans, Die chirurgische Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs unter Berücksichtigung der Dauerresultate. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 42, S. 2017—2022.) **33**, 907.

Fleroff, S. A., Über Ätiologie und Pathogenese des Ulcus rotundum, mit Bezugnahme auf die Chirurgie dieser Erkrankung. (Chir. Klin., Pr. Wischnewski, Univ., Kasan.) (Kasanski medizinski žurnal Jg. **21**, Nr. **3**, S. 259—275.) (Russisch.) **33**, 215.

Flörcken, H., Über die Bedeutung des Befundes geschwollener Lymphdrüsen im Magenbereich für die Diagnose des Ulcus ventriculi und duodeni und für die Indikationsstellung zur Resektion. (St. Marien-Krankenh., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 1, S. 13—15.) **31**, 99.

Florschütz, Vatroslav, Über die Indikation der Gastroenterostomie und Resektion des Magens bei callösen Geschwüren. (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. **5**, S. 251—255. (Kroatisch.) **32**, 39.

Frenkel, A., Der Einfluß der Cholecystogastrostomie auf den Magenchemismus beim Magen- und Duodenalulcus. (Chir. Univ.-Klin., Rostow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 27, S. 1459—1463.) **32**, 622.

Friedemann, M., Über die Leistungsfähigkeit der großen Antrum-Pylorus-Resektion bei der Geschwürskrankheit des Magens und Zwölffingerdarms. (Knappschafts-Krankenh. IV, Langendreer.) (Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 191 bis 238.) **32**, 609.

Friedemann, M., Über Rückfälle nach großer Magen-Zwölffingerdarmresektion wegen Geschwürskrankheit. Bemerkungen zu der Arbeit Stohrs in Nr. **39**, 1925, dieses Zentralblattes. (Knappschafts-Krankenh. IV, Langendreer.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 47, S. 2659—2664.) **33**, 818.

Friedrich, L. v., Zur Frage der Proteintherapie der Magen- und Duodenalgeschwüre. (Arbeiter-Bezirkskrankenkasse, Pest.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 11, S. 428—429.) **31**, 839.

Friedrich, László, Über die Proteinbehandlung der peptischen Geschwüre. (Gyógyászat Jg. **65**, H. 2, S. 29—30.) (Ungarisch.) **31**, 241.

Frolov, A., Erfolge der Gastroenterostomie nach dem Material des Zentralkrankenhauses der Don- und Südeisenbahnen (1922—1925). (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 21—24.) (Russisch.) 37, 354.
Gar, G. L., Magengeschwür und Appendicitis in ihrer Beziehung zur Ernährung. (Bogorodsk, Gouvernem. Moskau.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32. S. 594—600.) (Russisch.) 35, 623.
Gatewood, L. C., The dangers and the essential safeguards in the alkali treatment of peptic ulcer. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 6, S. 491—495.) 34, 249.
Gohrbandt, E., Zum anatomischen Bilde der mit Novoprotin behandelten Magen- und Darmgeschwüre. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 52, S. 2492—2493.) 34, 447.
Goyena, Juan Raúl, und Martín Miranda Gallino, Ein Fall von suprameso-colischer Duodenalstenose durch adhäsive Periduodenitis nach Ulcus. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 239—254.) (Spanisch.) 34, 848.
Greene, Theodore C., Gastric and duodenal ulcer variously treated. A study of endresults. (Surg. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 25, S. 1207—1210.) 33, 664.
Gregory, A., Über Pyloroplastik bei ulcerösem Symptomkomplex ohne Anwesenheit eines Ulcus. (Krankenh. Wologda.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 45.) (Russisch.) 33, 740.
Grimault, L., Ulcères perforés juxta-pyloriques, leur traitement par l'excision suivie de pyloroplastie. (A propos de 3 observations.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 3, S. 230 bis 244.) 32, 417.
Gruber, Georg B., Über Entstehung und Folgen des Ulcus ventriculi und duodeni. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 47, S. 1253—1256 u. Nr. 48, S. 1288 bis 1290.) 33, 904.
Guth, Karl, Magenulcusperforationen. (Chir. Klin., Univ. Heidelberg.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 15, S. 546—547.) 32, 108.
Haberer-Kremshohenstein, Hans, Die wechselvolle Auffassung der Rolle des Pylorus bei der Geschwürskrankheit. (Graz: Leuschner & Lubensky 1925. 17 S.) 30, 826.
Haden, Russell L., The elective localization of bacteria in peptic ulcer. (Arch. of internal med. Bd. 35, Nr. 4, S. 457—471.) 32, 607.
Haden, Russell L., and Peter T. Bohan, Focal infection in peptic ulcer. (Univ. of Kansas school of med. a. Deaner inst., Kansas.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6, S. 409—413.) 33, 53.
Harris, Seale, A relatively high fat, low carbohydrate and rich vitamin diet in ulcers of the stomach and duodenum: A protest against routine diets. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 55—71.) 35, 325.
Harttung, Über Blutungszeit beim Magengeschwür und Krebs. Diagnostische Bedeutung und therapeutische Beeinflussung. (Knappschaftskrankenh., Eisleben.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 26, S. 1410—1411.) 32, 521.
Harttung, H., Untersuchungen über Blutungszeit beim Magengeschwür und Krebs. Diagnostische Bedeutung und therapeutische Beeinflussung. (Knappschafts-Krankenh., Eisleben.) (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen, O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 3, S. 403—409.) 33, 274.
Hartwell, J. A., and G. S. Dudley, The value of gastro-enterostomy in the treatment of duodenal ulcer. (Journ. of the Iowa state med. soc. 25, S. 337.) 34, 448.
Hartwell, John A., and Guilford S. Dudley, The value of gastro-enterostomy in the treatment of duodenal ulcer. (Bellevue hosp., New York.) (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 5, S. 382—391.) 33, 909.
Harven, de, et Spehl, Ulcère hémorragique et transfusion. (Scalpel Jg. 78, Nr. 20, S. 453—459.) 32, 410.
Hellmer, H., Etude sur la muqueuse gastro-intestinale après gastro-entéroanastomose. (Inst. radiol., hôp. roy. des séraphins, Stockholm.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 1, S. 32 bis 42.) 32, 109.
Hertlein, v., Über die Anwendung des Novoprotins bei Ulcus ventriculi und duodeni. (Med. Klin., Univ. Heidelberg.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 5, S. 567—574.) 33, 905.
Hertzler, A. E., Acute surgical conditions of gastric origin. (Journ. of the Missouri state med. assoc. 22, S. 345.) 34, 709.
Hilarowicz, Henryk, Ulcus ventriculi et duodeni und seine chirurgische Behandlung im Lichte neuerer Untersuchungen. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 15, S. 338 bis 342.) (Polnisch.) *

Hilarowicz, Henryk, und Włodzimierz Mozołowski, Über das Wesen des sogenannten Antipepsins des Blutes und über den diagnostischen Wert der Antipepsinuntersuchungen bei peptischem Magengeschwür. (Chir. Klin. u. Inst. f. physiol. Chem., Univ. Lwów.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 43, S. 2410 bis 2413.) 35, 239.

Hodges, Fred M., A study of the pylorus and first portion of the duodenum following pyloroplasty. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 3, S. 162—165.) 31, 839.

Holland, Arthur L., Notes on gastro-enterostomy for duodenal ulcer. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 304—307.) 32, 418.

Honda, Ikuya, Über die Bedeutung der Gefäßveränderungen für die Entstehung des chronischen Magengeschwürs. II. Mitt. (Pathol. Inst., med. Akad., Kyoto.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4.—6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. 14, S. 113—114.) 36, 273.

Honda, Ikuya, und Yoshikazu Kimura, Über experimentelle Forschung von Ulcus rotundum duodeni. I. Mitt. (Pathol. Inst., med. Akad., Kyoto.) (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Transact. of the Japan. pathol. soc., Tokyo, Bd. 15, S. 106—109.) 38, 316.

Horák, Jaro, Novoprotin gegen Magengeschwüre. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 8, S. 299—301.) (Tschechisch.) 31, 389.

Houghton, L. Wynn, Nervous symptoms due to alkalaemia and renal insufficiency, following obstruction in the region of the pylorus, and the alkaline treatment of duodenal ulcer. A. Three cases of toxaemia following obstruction near the pylorus. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 2, S. 147—152.) *

Huguier, Alphonse, L'ulcère du duodénum. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 16, S. 257—262 u. Nr. 17, S. 277—280.) *

Jarotzky, Alexander, Eine Diät nach der Gastroenterostomie, um Ulcusrezidiven vorzubeugen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1876—1880.) 33, 216.

Jonas, Siegfried, Über die erhöhte Contractilität des Rectus abdominis als Zeichen der Perigastritis und als Floriditätssymptom des Magengeschwüres. (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 33, S. 1879—1887.) 33, 116.

Jordan, Sara M., Surgical indications arising during the medical management of gastric ulcer. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 23, S. 1106—1117.) 32, 417.

Joseph, Fritz, Nachweis okkulter Blutungen mittels der Pyramidonreaktion. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 4, S. 150 bis 151.) 32, 144.

Jost, W., Zur Frage der krebsigen Entartung der Magengeschwüre. (Chir. Univ.-Klin. Prof. Spassokukotzki, Ssaratoff.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 421—424.) (Russisch.) 33, 737.

Irk, V. C., Zur Frage der Berechtigung der Gastroenterostomie. (Chir. Abt., Staatsspit., Aiud.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 19, S. 1021—1023.) 32, 109.

Judd, E. Starr, and Oscar S. Proctor, Multiple gastric ulcers. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 2, S. 93—95.) 31, 550.

Kaijser, F. R., Zur operativen Behandlung des Magengeschwürs. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 34, S. 974—978.) (Schwedisch.) 33, 246.

Kaiser, F. J., Die Bedeutung mechanischer Momente für die Entstehung des Magengeschwürs. Die Ermüdungshypotonie und Ermüdungsatonie als Ulcusursache. (St. Marienhosp., Soest i. W.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 2/3, S. 535 bis 561.) 31, 836.

Kalima, Tauno, Über die Bedeutung der chronischen Gastritis für die Ulcusgenese und für die chirurgische Behandlung des Magenduodenalgeschwüres. (Länskrankenh Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 122—141.) 31, 302.

Karsner, Howard T., The pathology of peptic ulcer of the stomach. (Dep. of pathol., Western reserve univ. school of med., Cleveland.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1376—1380.) 33, 733.

Katzenstein, M., Über Entstehung und Behandlung des peptischen Magengeschwürs. (Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 39, S. 1603—1607.) 33, 115.

Kauftheil, L., und O. Porges, Über die Bestimmung der H-Ionenkonzentration des Mageninhaltes nach Probefrühstück und über ihre Verwendbarkeit für die Diagnose des Ulcus duodeni. (I. med. Klin., Univ. Wien.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 35, H. 3/4, S. 115—142.) 33, 486.

Keropian, S., Über experimentelle Magengeschwüre am Hunde nach der Thyreoparathyreoidektomie., Kurze Mitt., I. (Physiol. u. pathol.-anat. Laborat., staatl. Kubanisches med. Inst., Krasnodar.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 45, H. 1/2, S. 267—270.) 31, 617.

Kirch, Eugen, Experimentelle Untersuchungen über das Chronischwerden des Magengeschwürs. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. IV. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Ergänz.-H., S. 179—182.) **33**, 815.

Kirch, Eugen, und Ernst Stahnke, Die heilungsverzögernde Wirkung der Muskelzerstörung im chronischen Magengeschwür, auf Grund tierexperimenteller Untersuchungen. (Pathol. Inst. u. chir. Klin., Univ. Würzburg.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 269—299.) **34**, 97.

Ključarjev, S., Der heutige Stand der Frage über die Schmerzen beim Magenulcus. (Chir. Abt., Dostojewski-Krankenh., Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 416—420.) (Russisch.) **33**, 734.

Koch, K., Über Gastromyotomie. (Chir. klin., prof. Stan. Kostlivého, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. **5**, Nr. **3**, S. 229—236.) (Tschechisch.) **34**, 712.

Koennecke, W., Ulcusgenese und Gastroenterostomie. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen u. Evang. Krankenh., Oldenburg.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 118 bis 135.) **34**, 711.

Konjetzny und Puhl, Über die Bedeutung der Gastritis und Duodenitis für die Pathogenese des Magenduodenalgeschwürs. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. IV. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Ergänz.-H., S. 165—172.) **33**, 815.

Konjetzny, G. E., Entzündliche Genese des Magen-Duodenalgeschwürs. Ein Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie, Pathogenese und Therapie des Magen-Duodenalgeschwürs. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **36**, H. 3/4, S. 189 bis 226.) **34**, 710.

Korbsch, Roger, Über Haematemesis bei chronischer Gastritis. (St. Elisabeth-Krankenh., Oberhausen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 37, S. 1558—1559.) **33**, 116.

Korchov, I., Über die Rolle der Intramuralganglien des Magens in der Ulcusätiologie. (Inst. f. norm. Anat., Prof. Vorobjev, u. chir. Fak.-Klin., Prof. Trinkler, Charkov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 626—637.) (Russisch.) **33**, 733.

Korchov, I., Über die Bedeutung der intramuralen Knoten für die Ätiologie des Magenulcus. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 33.) **37**, 178.

Kudinzov, Indikationen und unmittelbare Komplikationen der Gastroenteroanastomose. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 16 bis 20.) (Russisch.) **37**, 353.

Kusmin, S., Zur Frage der Behandlung von Blutungen aus runden und carcinomatösen Geschwüren des Magens und Duodenums. (Chir. Klin., Prof. Hesse, Leningrad.) (Verhandl. d. **16**. russ. Chirurgenkongr., Moskau, **3**.—8. V. 1924, S. 440—443.) (Russisch.) **33**, 736.

Kutscha-Lißberg, Ernst, Zur chirurgischen Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarm-Geschwüres. (Allg. Krankenh., Neunkirchen, N. Ö.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 1—28.) **32**, 371.

Lehmann, Hans, Über Spätresultate nach Gastroenterostomie bei ulcerösen Prozessen des Magens und Duodenums. (Städt. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 19, S. 509—511.) **32**, 39.

Le Noir, Les symptômes cardinaux de l'ulcère gastrique. (Clinique Jg. **20**, Nr. 38, S. 31 bis 33.) *

Lewisohn, Richard, The frequency of gastrojejunal ulcers. (Dep. f. gastro-enterol. surg., Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr .1, S. 70 bis 76.) **31**, 182.

Lewisohn, Richard, and Robert H. Feldman, Failure of gastro-enterostomy to effect a decisive reduction in gastric acidity. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 6, S. 925—939.) **34**, 516.

Lloyd, N. L., Nervous symptoms due to alkalaemia and renal insufficiency, following obstruction in the region of the pylorus, and the alkaline treatment of duodenal ulcer. C. Two cases of pyloric obstruction with alkalaemia and renal insufficiency but no nervous symptoms. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 2, S. 147—148 u. 157—158.) *

Loktionova, N., Zur Symptomatologie des Ulcus juxta pyloricum. (Med. Klin. staatl. Hochsch., med. Wiss., Prof. Glinčikov, Leningrad.) (Medicinskaja mysl' **1924**, Nr. 3/4, S. 41—45.) (Russisch.) **36**, 516.

Looft, Axel, Die Klinik des Magen- und Duodenalgeschwürs im Lichte der Untersuchungen der jüngsten Zeit. (Med. rev. Jg. **42**, Nr. 11, S. 517—524.) (Norwegisch.) **34**, 314.

Lossen, Heinz, und Erich Schneider, Zur Klinik des tiefen Duodenalulcus.) (Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 446 452.) **34**, 248.

Loudon, J. A. L., Duodenal ulcer in a child of two months. (Lancet Bd. 208, Nr. 12, S. 605.) *
López Rico, Francisco, Die heutige Behandlung des Magengeschwürs. (Rev. méd. de Sevilla Jg. 43, Juli-H., S. 33—40, Sept.-H., S. 4—11, Okt.-H., S. 37—40, Nov.-H., S. 11—19, Dez-H., S. 6—10.) (Spanisch.) *
McClure, C. W., Diagnosis of peptic ulcer and cholecystitis. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 6, S. 1753—1763.) *
Mandl, Felix, Zur Frage des „chirurgisch unheilbaren Ulcus". (II. chir. Univ.-Klin., Wien. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 51, S. 1349—1352.) 34, 98.
Marchesini, Oreste, Ulcera gastro-duodenale e tubercolosi. Fatti clinici e considerazioni terapeutiche. (Sez. chir., osp. civ., Bagnacavallo.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 8, S. 770—792.) 33, 438.
Marjančik, L. P., Zur Frage über die akuten Magenblutungen geschwüriger Herkunft. (Chir. Krankenh., Kijew, Chefarzt Dr. Marjančik.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 109—116.) (Russisch.) 34, 907.
Marx, Hellmut, Zur Wirkung der Proteinkörpertherapie auf das anatomische Bild des Ulcus ventriculi und duodeni. (Stadtkrankenh. u. Elisabethenstift, Darmstadt.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 4, S. 447—468.) 32, 668.
Massa, G., Contributo allo studio dell'ulcera-cancro dello stomaco. (Sez. chir., osp. Mauriziano Umberto I, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 230—241.) 32, 770.
Mayo, Charles H., Ulcer of the stomach and duodenum. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 639—642.) 33, 215.
Mayo, Charles Horace, Hour-glass stomach and duodenum. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 313—321.) 31, 928.
Meyer, Karl A., William A. Brams and W. N. Graves, Final results of the operative treatment of gastric ulcer. A study of twenty-two cases subjected to the Polya operation of pyloric resection with gastro-enterostomy. (Dep. of surg., Cook county hosp., Chicago.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1102—1107.) 32, 521.
Mogena, H. G., und García Orcoyen, Krebsige Degeneration des Magengeschwürs. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 501—514.) (Spanisch.) 36, 585.
Mogilnitzky, B. N., Zur Frage der Entstehungsweise und Ursache neurogener Formen des runden Magengeschwürs. (Ssimaschko-Krankenh., Moskau.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 109—118.) *
Mogilńizky, B. N., Zur Frage über die Pathogenese und Ätiologie der neurogenen Formen des runden Magengeschwürs. (Moskau.) (Verhandl. d. 1. russ. Pathol.-Kongr. in Leningrad, S. 436—442.) (Russisch.) 35, 898.
Molodaja, E. K., und B. G. Jegorov, Zur Pathogenese der peptischen Magengeschwüre (Moskau.) (Verhandl. d. 1. russ. Pathol.-Kongr. in Leningrad S. 442—450.) (Russisch.) 35, 832.
Morawitz, P., Zur Therapie des Magengeschwürs. Betrachtungen und Ergebnisse. (Med. Klin., Univ. Würzburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 1995 bis 1997.) 33, 906.
Moynihan, Berkeley, Zwei Vorlesungen über das Magen- und Duodenalgeschwür. Ein Bericht auf Grund zehnjähriger Erfahrung. (Berlin: Julius Springer 1925. 40 S. RM. 2.70.) 34, 245.
Naegeli, Th., Über Regenerationsvorgänge der Magenwand. (Chir. Univ.-Klin., Bonn.) (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 481—482.) 33, 276)
Nakashima, Yoshisada, Die Pathogenese des Ulcus pepticum ventriculi et duodeni. (Experimentelle Beiträge zu von Bergmanns spasmogener Theorie.) (II. med. Klin., Univ. Fukuoka.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. 47, H. 1/2, S. 4—41.) 33, 903.
Napalkov, P., Die anatomischen Besonderheiten der sog. Waldeyerschen „Magenstraße". (Chir. Klin., Univ. Rostov am Don.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924.) (Russisch.) 33, 739.
Napalkov, P. N., Über den Zusammenhang zwischen der Sektion und den pathologisch-histologischen Veränderungen beim Magen- und Duodenalgeschwür. (Chir. Fak.-Klin., Univ., Chef Prof. N. I. Napalkov, Rostov a. D.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 16, S. 227—248.) (Russisch.) 35, 322.
Nario, Clivio, Äußere Magen- bzw. Duodenalfisteln. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 12, S. 949—974.) (Spanisch.) 36, 35.
Naumann, Versuch einer biologischen Behandlung des Magen-Zwölffingerdarmgeschwürs im Tierexperiment. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15. bis 18. IV. 1925.) 31, 687.
Nicolaysen, Knud, Chirurgische Behandlung von Magen- und Duodenal-Geschwüren. (Norsk magaz. f. Laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 6, S. 553—564.) (Norwegisch.) 33, 53.

Nicolaysen, Knud, Duodenalgeschwüre. (Rikshosp., Oslo.) (Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 12, S. 1318—1321.) (Norwegisch.) 34, 374.
Nicoleanu, C., und I. Bistriceanu, Betrachtungen über einen Fall von latentem Magenulcus, das eine Vergiftung vortäuschte. (Spit. milit. „Regina Elisabeta", Bukarest.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 1, S. 24—29.) (Rumänisch.) *
Novak, Edward, Gastrointestinal ulceration following cutaneous burns. With report of case. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 1, S. 119—125.) 31, 303.
Novák, Vladimír, Duodenalverengerung. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 39, S. 1403—1408.) (Tschechisch.) 33, 439.
Novaro, R., R. Solé, A. Galindez und J. Bacigalupo, Die moderne Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwüres. (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 38, Nr. 233, S. 167—202.) (Spanisch.) 33, 735.
Öhnell, Harald, Erfahrungen über parenterale Eiweißbehandlung bei Magen-, Duodenal- und Jejunalulcus. (Svenska Läkartidningen Jg. 22, Nr. 32, S. 897—908.) (Schwedisch.) 33, 246.
Orator, V., Über das Pepsin-Antipepsinverhältnis in Magensaft und Blut bei Ulcuskranken und Ulcusfreien. Vorl. Mitt. (I. chir. Klin., Univ. Wien, u. chir. Klin., Univ. Graz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 733—735.) 31, 928.
Orator, V., Beiträge zur Magenpathologie (histologische Untersuchungen an klinischem Resektionsmaterial). I. Das Magen-Duodenal- und postoperative Jejunalgeschwür. (I. chir. Klin., Univ. Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 255, H. 3, S. 639—676.) 32, 608.
Orator, Viktor, Beiträge zur Magenpathologie II. Zur Pathologie und Genese des Carcinoms und Ulcuscarcinoms des Magens. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 1, S. 202—229.) 32, 464.
Orator, V., Beiträge zur Magenpathologie. IV. Klinischer Teil. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 663—681.) 32, 35.
Orator, Viktor, Über den Ulcus- und Carcinommagen. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 16, S. 425—427.) 32, 37.
Orgaz, Jorge, Tuberkulöse Duodenalgeschwüre. (Clin. méd., hosp. S. Roque y hosp. de tubercul. T. C. de Allende, Córdoba.) (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 38, Nr. 233, S. 123—134.) (Spanisch.) 33, 817.
Orsós, Eugen, Operativ geheiltes tuberkulöses Magengeschwür. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 306—314.) 33, 666.
Orsós, Jenő, Operativ geheiltes tuberkulöses Magengeschwür. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 7, S. 127—130.) (Ungarisch.) 31, 837.
Ortmayer, Marie, Gastric motor activity in patients with peptic ulcer. (Arch. of internal med. Bd. 35, Nr. 4, S. 423—432.) 32, 768.
Pannett, Charles A., Remarks on the surgical treatment of gastro-duodenal ulceration. (St. Mary's hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. 3350, S. 489—492.) 31, 618.
Pannett, Charles A., The surgical treatment of duodenal ulcer. (Lancet Bd. 208, Nr. 11, S. 538—541.) 32, 193.
Pauchet, Victor, Les divers traitements de l'ulcus duodénal. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 1, S. 47—57.) 31, 879.
Pauchet, Victor, The treatment of hourglass stomach. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 12, S. 767—768.) 32, 520.
Pauchet, Victor, One thousand operations for gastric, duodenal, and jejunal ulcers. (St. Michael's hosp., Paris.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 711 bis 712.) 34, 28.
Pauchet, Victor, L'ulcus gastrique et duodénal. Operations pour hématémèses. (Hôp. St. Michel, Paris.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 2, S. 88—91.) *
Paul, E., Beobachtungen an Magenresezierten nach der von Haberer modifizierten Billroth I-Methode. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 682—697.) 31, 840.
Paulikovics, E., Vier Fälle von innerer Kolonfistel nach operativer Behandlung des Magengeschwürs. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Payr, Klinische Erfahrungen mit der Pyloromyotomie bei Erwachsenen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 688.
Peck, Charles H., The present status of surgery for benign ulcer of the stomach and duodenum. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 25, S. 1055—1057.) 34, 159.
Peco, Gabriel, Diagnostik der organischen Verletzungen des Pylorus. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 281—287.) (Spanisch.) 34, 784.
Peco, Gabriel, Fistule jejuno-colica. (Clin. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 6, Nr. 2, S. 123—131.) (Spanisch.) *

Penzoldt, Franz, Bemerkungen zu der parenteralen Reizkörpertherapie des Magen- und Duodenalulcus. (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 8, S. 229—230.) **32**, 372.

Petermann, J., Erfahrungen bei der chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalulcus. (St. Hedwigs-Krankenh., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 495—505.) **32**, 3..

Ploos van Amstel, P. J. de Bruïne, Die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten bei Ulcusperforation. (Geneesk. gids Jg. 3, H. 11, S. 255—262.) (Holländisch.) **32**, 10..

Podsolov, W., Zur Diagnostik der Magen- und Duodenalgeschwüre. Ein neues Symptom. (Krankenh. Batum.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 35—37.) (Russisch.) **33**, 73..

Pop, Alexandru, Betrachtungen über die chirurgische Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 56, S. 219—232.) •

Popper, Hans L., Über die Untersuchung des Pepsin-Antipepsinverhältnisses bei Ulcuskranken und Ulcusfreien. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 47, S. 1259—1260.) **33**, 905.

Posselt, Adolf, Über allgemeine Pathologie und spezielle klinische Fragen der enterogenen, speziell auf dysenterischer Basis entstandenen Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüre. (Arch. f. Verdauungskrankenh. Bd. 34, H. 3/4, S. 222—271.) **32**, 37.

Pribram, B. O., Zur Frage: Die Gastroenterostomie als Krankheit. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 238—241.) **31**, 10..

Pribram, B. O., Proteintherapie und chirurgische Therapie des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 4, S. 141—142.) **31**, 389.

Prisselkow, W. A., Zur Frage über die Symptomatologie des typischen runden Magengeschwürs (Med. Fak.-Klin., priv. Boshowski, Jaroslawl.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 9, S. 211—212.) (Russisch.) •

Proctor, Oskar S., Chronic peptic ulcer in children. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 63—69.) **32**, 519.

Puressev, S. W., Zur Symptomatologie, Pathogenese und Therapie des Ulcus rotundum ventriculi et duodeni. (Dostojewski-Krankenh.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 2, S. 18—24.) (Russisch.) **33**, 380.

Rafsky, Henry A., The treatment of gastric hemorrhage in peptic ulcer. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 1, S. 8—11.) **31**, 551.

Rahoveanu, G., Die Funktionen des operierten Magens. (Clin. chir., Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 1/2, S. 10—18.) (Rumänisch.) **32**, 195.

Rassers, J. R. F., Über die Pathogenese des Ulcus digestivum. Vorl. Mitt. (Bakteriol.-hyg. Laborat., Reichsuniv. Leiden.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 14, S. 644 bis 645.) **31**, 927.

Rassers, J. R. F., Über die Pathogenese des Ulcus digestivum. (37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 268—270.) •

Ravdin, I. S., Anatomical exposure for jejunostomy. (Surg. div. B., univ. hosp., Philadelphia.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 426—427.) **31**, 689.

Rivers, Andrew B., and George B. Eusterman, Recurring peptic ulcer. (Mayo clin., Rochester.) (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 5, S. 365—378.) **35**, 324.

Robertson, H. E., and Estes H. Hargis, Duodenal ulcer: An anatomic study. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1065—1092.) **31**, 842.

Róbin, W., Einige Bemerkungen zur Pathogenese und Behandlung der Magengeschwüre. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 5, S. 178—181.) (Polnisch.) **34**, 25.

Ruhmann, Walter, Ergebnisse zur Frage der Konstitution bei Ulcus pepticum (III. med. Univ. Klin., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 49, S. 2032 bis 2033.) •

Rutenberg, G., Behandlung der Magen- und Duodenalgeschwüre mit Natronlauge. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 19, S. 456—458.) (Russisch.) **35**, 3..

Sandahl, Carl, Zur Kasuistik und operativen Behandlung der retroperitonealen Duodenalruptur. (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 1, S. 55—67.) **31**, 880.

Santy, P., Traitement chirurgical de l'ulcère du duodénum. (Lyon méd. Bd. 136, Nr. 45, S. 553—562 u. Nr. 46, S. 585—592.) **34**, 247.

Sawerin, W. M., Über die Proteintherapie bei Magen- und Duodenalgeschwüren. (Obuchow-Krankenh., Dir. Dr. Stühlern.) (Vestnik chirurgii i pograničych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 116—126.) (Russisch.) **34**, 848.

Schalij, F. A., Ein Fall von Magenkrebs auf dem Boden eines Magengeschwürs. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 11, S. 1228—1230.) (Holländisch.) **31**, 840.

Schawerin, W., Der differentialdiagnostische Wert der Symptome des Magenkatarrhs und des Magengeschwürs. (Innere Abt., Obuchow-Krankenh., Leningrad.) (Vračebnaja gazeta 1925, Nr. 3, S. 68—71 u. Nr. 4, S. 97—99.) (Russisch.) **33**, 385.

Schiassi, Benedetto, The rôle of the pyloro-duodenal nerve supply in the surgery of duodenal ulcer. (Surg. clin., univ., Modena.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 939 bis 948.) 33, 247.
Schiassi, M. B., Quel est actuellement le traitement de choix de l'ulcère du duodénum? (Clin. chir., univ., Modène.) (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 5, S. 513—523.) 32, 418.
Schmid, Oskar, Über das Verhalten des Nervus vagus bei Ulcus ventriculi und duodeni (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 33, S. 1904 bis 1909.) 33, 116.
Schoemaker, Jan, The red stomach. (City hosp., The Hague.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 305—309.) 31, 686.
Schur, Heinrich, und Friedrich Kornfeld, Neuere Erfahrungen über die Folgen der Resektion des parapylorischen Magenanteils. (Krankenh. d. Kaufmannschaft, Wien.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 34, H. 3/4, S. 131—144.) 31, 306.
Sherren, James, Bradshaw lecture on gastro-jejunostomy. (Lancet Bd. 209, Nr. 20, S. 1007—1017.) 36, 461.
Sick, K., Die Behandlung von Magen-Darmblutungen mit heißen Klysmen. (Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 18, S. 605-608.) 33, 817.
Simon, Hermann, Anzeigestellung, Art und Ergebnis der operativen Behandlung des Magen- und Zwölffingerdarmgeschwürs. (Augusta-Hosp., Breslau.) (Berlin. Klinik Jg. 32, H. 352, S. 1—24.) 33, 817.
Simon, Hermann, Die Ergebnisse der operativen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Augusta-Hosp., Breslau.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 15, S. 493 bis 497.) *
Šipizyn, W., Zur Frage des Duodenalgeschwürs. (Fak. chir. Klin., Univ. Perm, Dir. Prof. Kusnezkij.) (Permskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 1/2, S. 40—48.) (Russisch.) 33, 735.
Skljarov, L., Zur Gastroenterostomiefrage. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 27—30.) (Russisch.) 37, 353.
Smithies, Frank, The nonsurgical management of peptic ulcer by the „physiologic rest" method. Results in four hundred and seventy patients. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 9, S. 674—677.) 33, 735.
Snyder, F. L., A study of duodenal ulcer with special reference to symptomatology and diagnosis. (Dep. of surg., univ. hosp., Ann Arbor.) (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 8, S. 419—421.) *
Solé, Roberto, Infiziertes Magen- und Duodenalgeschwür. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 42, S. 979—983.) (Spanisch.) 34, 247.
Solowoff, P. D., Über wiederholte Magenoperationen. (Russkaja klinika Jg. 1, Bd. 2, Nr. 6, S. 210—242.) (Russisch.) 35, 243.
Soresi, A. L., Oblique gastroduodenostomy in the treatment of ulcers of duodenum and stomach and cancer of pylorus. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 509 bis 511.) 33, 486.
Ssamoilo, Über Cholecysto-Gastroanastomose bei Magengeschwüren. (Chir. Abt., Bolschewskaja-Krankenh., Moskau.) (Moskowskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 2, S. 108—110.) (Russisch.) 33, 386.
Steinitz, Hermann, Über Indicanurie als Symptom der Fistula gastrocolica. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 36, H. 1/2, S. 29—33.) *
Sternberg, Carl, Zur Frage des Ulcuscarcinoms. (20. Tag. d. dtsch. pathol. Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. IV. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Erg.-H., S. 172—179.) 33, 342.
Sternberg, Wilhelm, Gastroskopische Therapie der Sanduhrstenose. (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 7, S. 351—353.) *
Stoerk, Oskar, Zur Frage des Ulcuscarcinoms des Magens. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 13, S. 347—352.) 32, 108.
Stohr, Rudolf, Über einen Fall von Ulcusrezidiv nach Billroth I. (Chir.-gynäkol. Abt., allg. öff. Krankenh., Komotau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 39, S. 2168 bis 2172.) 33, 276.
Stohr, Rudolf, Über einen Fall von Ulcus am Pylorus bei einem 22 Monate alten Kinde als Folge einer Lötwasservergiftung. (Allg. öff. Krankenh., Komotau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 47, S. 2644—2647.) 33, 816.
Taddei, Domenico, L'ulcera gastrica e duodenale dal punto di vista chirurgico. (Rif. med. Jg. 41, Nr. 6, S. 121—123 u. Nr. 10, S. 217—219.) *
Takats, G. de, Cholecystectomy for hyperacidity. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 221—223.) 31, 326.
Tandoja, P., Reperti radiologici e reperti operativi. (Arch. di radiol. Jg. 1, H. 1, S. 7—10.) 31, 931.

Tiefensee, Kurt, Zur Differentialdiagnose der unkomplizierten Hyperacidität und des Ulcus duodeni mit Hilfe der fraktionierten Magenausheberung. (Med. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 51, S. 2435—2436.) 35, 114.
Urrutia, L., Chirurgische Behandlung des Magengeschwürs. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 165, S. 354—366.) (Spanisch.) 33, 439.
Urrutia, L., Behandlung des Magenduodenalulcus und ihre Fernresultate. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 102—120.) (Spanisch.) 34, 786.
Urrutia, L., Operationszeichen beim Magen- und Duodenalgeschwür. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 165, S. 347—353.) (Spanisch.) *
Vándorfy, József, Untersuchungen über die Entstehungsart des Schmerzes bei Magengeschwür. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 1, S. 2—3.) (Ungarisch.) 31, 384.
Venables, J. F., Nervous symptoms due to alkalaemia and renal insufficiency, following obstruction in the region of the pylorus, and the alkaline treatment of duodenal ulcer. B. Seven cases of alkalosis following alkaline treatment of duodenal ulcer. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 2, S. 147—148 u. 152—157.) 33, 53.
Verebély, Tibor, Die Statistik meiner Magenoperation. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 38, S. 899—900.) (Ungarisch.) 33, 342.
Villard et Richer, La cholécysto-gastrostomie. (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 6, S. 455 bis 466.) 32, 621.
Villette, Jean, L'occlusion duodénale chronique. (Quatre observations personnelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 1, S. 11—40.) 31, 755.
Viton, Juan José, Zur Ätiologie und Pathogenese der chronischen gastroduodenalen Ulcera. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 8, S. 413—422.) (Spanisch.) 31, 686.
Vogl, Alfred, Ein Fall von penetrierendem Magengeschwür und epiphrenalem Oesophagusdivertikel. (Krankenh. d. Wien. Kaufmannschaft, Wien.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 196—199.) 32, 373.
Walton, A. J., Operative treatment of ulcers of body of the stomach. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 761—770.) 32, 459.
Wanke, R., Gastroenterostomie und Resektion in der Behandlung des chronischen Magengeschwürs. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 307—370.) 31, 387.
Weber, M., Zur Kasuistik des Ulcus ventriculi im Kindesalter. (Chir. Fak.-Klin. weißruss. Staatsuniv. Minsk.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 3/4, S. 731-734) 34, 446
Whipple, A. O., Hemorrhage from gastric and duodenal ulcer. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 583—595.) 32, 417.
Witherspoon, J. A., Non-malignant obstruction of the pylorus in the aged. (Wisconsin med. journ. 23, S. 549.) 33, 666.
Yano, Ataru, Experimentelle Untersuchungen über die Heilungstendenz des Magengeschwürs. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 73, H. 2, S. 251—306.) 32, 191.
Zeller, Zur chirurgischen Behandlung des Magen- und Duodenalgeschwürs. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 16, H. 12, S. 1—30.) *

Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren.

Abrahamsen, Harald, Ulcus ventriculi et duodeni perforatum. (V. afd., Kommunehosp., København.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 16, S. 367—383 u. Nr. 17, S. 385 bis 392.) (Dänisch.) 33, 341.
Amberger, Über Perforation von Magen- und Duodenalgeschwüren. (Chir. Klin., Hosp. z. Heil. Geist, Frankfurt a. M.) (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 18, S. 545—548.) 33, 276.
Appelmans, R., Les fistules gastro-jejuno-coliques. (Clin. chir., univ., Louvain.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 10, S. 757—768.) 34, 517.
Borszéky, Károly, Wiederholte Perforation eines Duodenalgeschwürs in die offene Bauchhöhle. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 51, S. 1244.) (Ungarisch.) 34, 316.
Cornioley, Névrose grave du plexus solaire simulant une perforation gastrique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 443—457.) 33, 331.
Cuendet, S., Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 11, S. 672—705.) 33, 313.
Dayton, Neil A., Gas bacillus infection with perforated gastric ulcer. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 11, S. 507—508.) 34, 160.
Einhorn, Max, Diagnosis and treatment of penetrating ulcer of the stomach. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 5, S. 379—392.) 35, 624.
Gerstein, G. M., Zur Frage des (in die freie Bauchhöhle) perforierenden Magen- und Duodenalgeschwürs. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 189—201.) (Russisch.) 35, 115.

Gioia, Terencio, Gleichzeitige Perforation von zwei Magengeschwüren. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 8, S. 283—284.) (Spanisch.) 33, 439.
Herstein, G., Zur Frage der chirurgischen Behandlung der perforierten Geschwüre des Magens und Duodenums. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 445. 1925.) (Russisch.) 33, 736.
Josephowicz, L. B., Zur Frage der akuten Perforation des Ulcus ventriculi und duodeni in die freie Bauchhöhle. (Arbeiterkrankenh., Charkow.) (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverl. d. Ukraine, S. 120—130.) (Russisch.) *
Kempeneers, P., Récidive de perforation gastrique. (Scalpel Jg. 78, Nr. 21, S. 490 bis 493.) 32, 374.
Masslov, J., Über die Perforationsulcera des Magens (Symptome, Diagnostik, Therapie). (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924. S. 23—24. 1925.) (Russisch.) 34, 515.
Michejda, K., Bemerkungen zur Behandlung perforierender Magengeschwüre. (Klin. chir. Uniw. Stefana Batorego, Wilno.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 9, S. 193.) (Polnisch.) 32, 608.
Mills, G. Percival, The treatment of perforated gastric and duodenal ulcers. With a report on forty consecutive cases. (Gen. hosp., Birmingham.) (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 12.) 31, 148.
Molla, Victor M., Ein Fall von perforiertem Duodenalulcus. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 423, S. 572—573.) *
Nyström, Gunnar, Einige Worte über die Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs. (Städt. Krankenh., Borgå, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 115—121.) 31, 304.
Ogloblina, S. V., Zur Frage über Perforation des Magens und Zwölffingerdarms. (Chir. Klin., Prof. Petrov, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 101—107.) (Russisch.) 35, 572.
Pauchet, Victor, One thousand operations for gastric, duodenal, and jejunal ulcers. (St. Michael's hosp., Paris.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 711 bis 712.) 34, 28.
Pavlovsky, Alejandro J., Vierzig Fälle in die freie Bauchhöhle perforierter Ulcera des Magens u. Duodenums. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 13, S. 687—709.) (Spanisch.) 32, 195.
Pliverić, Vladimir, Die Berechtigung der Resektion beim freiperforierten Magen-Duodenalgeschwür. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 6, S. 327—332.) (Serbo-Kroatisch.) 32, 521.
Ploos van Amstel, P. J. de Bruine, Perforation von Magen- und Duodenumulcera. (Dtsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 148, H. 1/2, S. 19—45.) 33, 277.
Podlaha, Josef, Perforierte Magen- und Duodenalulcera. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 1, S. 11—18.) (Tschechisch.) 31, 184.
Pototschnig, Giorgio, Un caso di resezione gastro-duodenale in ulcera perforata del duodeno. (Rif. med. Jg. 41, Nr. 7, S. 151—153.) *
Powers, H. W., Perforation of silent ulcer of duodenum from external trauma. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 84—87.) 31, 184.
Racic, Jaksa, Fünf Fälle operativ geheilter Ulcusperforationen des Magens. (Landesspit., Split.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 13, S. 520—521.) *
Radoiëvitch, S., Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. (Clin. chir. du prof. G. Chavannez, Bordeaux.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 3, S. 161—212.) 32, 460.
Rein, F., Über das perforierte Magengeschwür auf Grund des Materials des städtischen Pirogov-Krankenhauses in Moskau. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 445. 1925.) (Russisch.) 33, 737.
Riess, P., Zur Perforationsneigung des Ulcus pepticum. (Städt. Krankenanst., Essen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 50, S. 2818—2819.) 33, 909.
Roojen, P. H. van, Resultate der chirurgischen Behandlung von zehn Magenperforationen. (Gemeente-ziekenh., Zaandam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 22—23.) (Holländisch.) 31, 185.
Schwarz, Egbert, Über die operative Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs und der Perforation des peptischen Jejunalulcus nach der Gastroenterostomie. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 239—265.) 32, 609.
Ssirotkin, A., Über das perforierte Geschwür des Magens und des Duodenums. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 447. 1925.) (Russisch.) 33, 736.
Stohr, Rudolf, Über den Schulterschmerz bei Durchbruch von Geschwüren des Magens und Zwölffingerdarmes. (Chir.-gynäkol. Stat., allg. öff. Krankenh., Komotau.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 11, S. 308—309.) 31, 619.

Stohr, Rudolf, Über das perforierte Magen- und Duodenalulcus. Erfahrungen an unseren 27 Fällen aus der Zeit 1915—1924. (Chir.-gynäkol. Abt., Krankenh., Komotau.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 30, S. 1120—1122.) **32**, 770.
Suermondt, W. F., Die Behandlung des in die freie Bauchhöhle perforierten Magengeschwüres und die Resultate dieser Behandlung. (Chir. Klin., Univ., Leiden.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 290—301.) **32**, 373.
Taylor, John, Three cases of acute perforating „ulcer" of the small intestine. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 5, S. 255—262.) **33**, 249.
Vaughan, R. T., and William A. Brams, The diagnosis of ruptured gastric and duodenal ulcer in the early stages by visualization of free intraperitoneal air on fluoroscopy. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 33, S. 1913—1915.) **33**, 117.
Verbrycke, J. Russell, Perforated, intrathoracic, hourglass stomach (eventration). (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 2, S. 99—100.) **31**, 389.
Vigyázó, Gyula, Einige Bemerkungen zur operativen Indikation des perforierten Magengeschwürs. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 23, S. 535—537.) (Ungarisch.) **32**, 373.
Vigyázó, Gyula, Experimentelle Studien über Magenperforation. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 51, S. 1241—1244.) (Ungarisch.) **34**, 315.
Vigyázó, J., Experimentelle Studien zur Frage der Magengeschwürperforation. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 26.

Ulcus pepticum jejuni postoperativum.

Alessandri, Roberto, Alcune note cliniche sull'ulcera peptica post-operatoria. (Clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 257—275.) **32**, 770.
Baggio, Gino, Per quali cause dobbiamo intendere che si formi un'ulcera digiunale post-operatoria? Possiamo cercare di prevenirla? (Clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 1, S. 1—30.) **31**, 387.
Baggio, Gino, Per l'idea di frequenza dell'ulcera di giunale post-operatoria e per il concetto della sua patogenesi e della sua cura. (Clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 20, S. 703—706.) **32**, 194.
Baggio, Gino, L'importanza del piloro e del trauma ab ingestis nella produzione dell'ulcera digiunale e dell'ulcera peptica in genere. (Clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 249—256.) **32**, 769.
Birgfeld, Eduard, Über das Ulcus pepticum jejuni nach Magenresektion. (Stadtkrankenh., Chemnitz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 3/4, S. 568 bis 582.) **34**. 160.
Blond, Kaspar, Die Gastroenterostomiekrankheit und das postoperative Jejunalgeschwür. (Rothschildspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 12, S. 319 bis 321.) **31**, 930.
Blond, Kaspar, Die Beziehungen des sog. Circulus vitiosus nach Gastroenteroanastomose zum Ulcus pepticum jejuni postoperativum. Ein Beitrag zur spasmogenen Ulcusgenese. (Rothschildspit., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 281—339.) **32**, 241.
Budisavljevič, Julije, Ulcus pepticum jejuni. (Chir. klin., univ., Zagreb.) (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 10, S. 629—636.) (Serbo-kroatisch.) **34**, 517.
Chiari, Otto M., Über das postoperative Jejunalulcus. (Chir. Klin., Univ., Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 709—732.) **31**, 929.
Christian, J., Zwei schwerere Fälle von Ulcus pepticum jejuni mittels Reoperation geheilt. (XI. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 317.
Delore, X., et J. Creyssel, Des ulcères récidivants post-opératoires (plus communément appelés „ulcères peptiques"). (Journ. de chir. Bd. **25**, Nr. 4, S. 385 bis 416.) **32**, 462.
Flechtenmacher jr., C., Beitrag zur Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni postoperativum mit Kolonresektion. (Privat-Klin. Dr. Flechtenmacher jr., Kronstadt.) (Arch. f. klin. Chir, Bd. **134**, H. 4, S. 838—841.) **31**, 841.
Flechtenmacher jr., C., Zur Radikaloperation des Ulcus pepticum jejuni postoperativum mit Kolonresektion; zugleich ein Beitrag zur Wahl der Operationsmethode des Ulcus ventriculi. (Privatklin. Dr. Flechtenmacher jr., Kronstadt.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 47, S. 2581—2590.) **33**, 818.
Gussio, S., Alcune esperienze di esclusione mediogastrica per lo studio della patogenesi dell'ulcera digiunale secondaria. (Clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 2, S. 139—190.) **32**, 194.
Guisso, Sebastiano, Intorno alla patogenesi dell'ulcera digiunale secondaria. (Nuovi risultati e vecchia tecnica sperimentale relativamente alle affermazioni di Dogliotti e Riccio.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 11, S. 557—576.) **34**, 250.

Halpern, J. O., Magenresektion und Ulcus jejuni pepticum. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Halpern, Jekaterinoslav.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 491 bis 496.) (Russisch.) 35, 575.
Michaëlsson, Erik, Fälle von Ulcus peptic. postop. jejuni bei Kindern nebst einem Beitrag zur Frage des Ulcus im Kindesalter. (Chir. Abt., Länslaz, Umeå, Schweden.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 2, S. 139—170.) 32, 344.
Orator, V., Beiträge zur Magenpathologie (histologische Untersuchungen an klinischem Resektionsmaterial). I. Das Magen-Duodenal- und postoperative Jejunalgeschwür. (I. chir.. Klin., Univ. Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 255, H. 3, S. 639—676.) 32, 608.
Pauchet, Victor, One thousand operations for gastric, duodenal, and jejunal ulcers. (St. Michael's hosp., Paris.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 711 bis 712.) 34, 28.
Savitzkij, A. I., Eine Magen-Dickdarmfistel als Folge des Ulcus jejuni pepticum postoperativum. (Chir. Fak.-Klin., I. Univ., Prof. Spižarnyj, Moskau.) (Novyj chirurgičeskij archuv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 496—507.) (Russisch.) 35, 573.
Savkov, N. M., Über das Ulcus jejuni pepticum. (Gouvernementskrankenh., Dr. Savkov, Pensa.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 139—157.) (Russisch.) 35, 574.
Schwarz, Egbert, Über die operative Behandlung des perforierten Magen- und Duodenalgeschwürs und der Perforation des peptischen Jejunalulcus nach der Gastroenterostomie. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 239—265.) 32, 609.
Ssokolov, S., Das Ulcus pepticum jejuni nach Gastroenterostomie. (Chir. Klin., Prof. E. Hesse, staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Leningrad.) (Verhandl. d. 17. russ. Chirurgenkongr., Leningrad, Mai 1925.) (Russisch.) 38, 737.
Walton, A. J., Gastro-jejunal ulcer. (Lancet Bd. 209, Nr. 16, S. 800—805.) 34, 374.

Magentuberkulose, Syphilis, Aktinomykose, Phlegmone.

Ajello, Luigi, Le forme anatomiche della sifilide gastrica. (Studio anatomico ed isto-patologico.) (Istit. di anat. patol., univ., Palermo.) (Clin. med. ital. Jg. 56, Nr. 3, S. 227—243.) *
Bumm, Rudolf, Die Gastritis phlegmonosa. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 11, S. 434—435.) 31, 835.
Cornioley, Ch., et Raoul Hoffmann, L'actinomycose intestinale. (II. serv. de chir., hôp. cantonal, Genève.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. 15, Nr. 6, S. 576—591.) 33, 390.
Galzewa, W. E., Zur Kasuistik der Magensyphilis. (Chir. Abt. d. Gouvern.-Krankenh., Simbirsk.) (Vračebnaja gaseta 1925, Nr. 1, S. 10—11.) (Russisch.) 33, 387.
Gmelin, E., Zur Diagnose der Magenlues. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 597—601.) 33, 742.
Goldman, Mieczysław, Ein Fall von Syphilis des Magens. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. 2, Nr. 6, S. 210—211.) (Polnisch.) 34, 847.
Hartwell, John A., Syphilis of the stomach. A critical review of reported cases from the pathological and clinical viewpoints. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 767 bis 790.) 33, 245.
Hüttl, Th., Blastomykose des Magens. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 308.
Hurst, A. F., Chronic tuberculous ulcer of the stomach. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 4, S. 428—431.) 34, 374.
Korchov, I., Zur Diagnostik und Klinik der syphilitischen Erkrankungen des Magendarmtraktus. (Chir. Fak.-Klin., Med. Hochsch., Charkov, Prof. Trinkler.) (Russkij vestnik dermatologii Jg. 2, Bd. 3, Nr. 1, S. 15—27.) (Russisch.) 34, 512.
Marchesini, Oreste, Ulcera gastro-duodenale e tubercolosi. Fatti clinici e considerazioni terapeutiche. (Sez. chir., osp. civ., Bagnacavallo.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 8, S. 770—792.) 33, 438.
Marcus, Joseph M., Syphilis of the stomach. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Med. clin. of North America Bd. 9, Nr. 3, S. 717—724.) 34, 512.
Mariantschik, L. P., Ein Fall von multiplen Cysticerken der Magenserosa. (Chir. Abt., M. K. W.-Eisenbahnkrankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1234—1240.) 32, 374.
Melchior, Eduardo, Über die Chirurgie der Magentuberkulose. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Med. germano-hispano-americ. Jg. 3, Nr. 3, S. 172—178.) (Spanisch.) 34, 160.

Neuber, E., Magengranulomatose. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 309.

Orgaz, Jorge, Tuberkulöse Duodenalgeschwüre. (Clin. méd., hosp. S. Roque y hosp. de tubercul. T. C. de Allende, Córdoba.) (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 38, Nr. 233, S. 123—134.) (Spanisch.) **33**, 817.

Orsós, Eugen, Operativ geheiltes tuberkulöses Magengeschwür. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 306—314.) **33**, 666.

Orsós, Jenö, Operativ geheiltes tuberkulöses Magengeschwür. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 7, S. 127—130.) (Ungarisch.) **31**, 837.

Pollidori, Andrea, Il trattamento chirurgico della sifilide gastrica. (Sez. chir., osp. magg., Bologna.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 3, S. 273—282.) **32**, 522.

Ritter, Leo, Beitrag zur Magensyphilis. (Chir. Univ.-Klin., Augusta u. Bürgerhosp. Köln.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2, S. 180—208.) **32**, 727.

Stapelmohr, Sten von, Über einen Fall von in vivo diagnostizierter diffuser akuter phlegmonöser Streptokokkengastritis. Heilung mit Sanduhrmagen. (Chir. Abt., allg. u. Dahlgrensches Krankenh., Gothenburg, Schweden.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 37, S. 1010—1012.) **33**, 385.

Strauß, H., Über pseudocanceröse Magensyphilis und Linitis plastica. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 50, S. 1869—1871.) **35**, 448.

Suermondt, W. F., Ein Fall von Tuberkulose des Magens. (Chir. klin., univ., Leiden.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 21, S. 2335—2341.) (Holländisch.) **33**, 387.

Turpin, R., Formes cliniques de la syphilis gastrique. (Œuvre méd. Jg. **3**, Nr. 2, S. 33—39.) *

Gutartige Magengeschwülste.

Barnett, L. E., A case of myoma of the stomach with gastroduodenal intussusception. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 615—617.) **31**, 309.

Bensaude, R., I. Solomon et P. Oury, Le traitement radiothérapeutique des affections gastriques non néoplasiques. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 50, S. 841—843.) *

Dupuy, Marceau, A case of neuroma of the gastric walls. (Internat. clin. Bd. **4**, Nr. 35, S. 164—170.) **34**, 714.

Eliason, E. L., and V. W. Murray Wright, Benign tumors of the stomach. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 461—472.) **33**, 524.

Escudero, Pedro, Pylorusstenose durch einen Polyp des Antrums. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **6**, Nr. 3, S. 196—198.) (Spanisch.) *

Gosset, A., I. Bertrand et J. Charrier, Fibro-gliome gastrique au stade de début. (Presse méd. Jg. **23**, Nr. 45, S. 745—746.) **32**, 465.

Higgins, Charles, Benign tumors of the stomach. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 5, S. 949 bis 954.) **32**, 343.

Lecène, P., Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs bénignes de l'estomac. (Hôp. Saint-Louis, Paris.) (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 14, S. 313—317.) **31**, 931.

Martin, Joseph-F., P. Convert et J. Dechaume, Coexistence d'un myome pédiculé de l'estomac et d'un myome de l'utérus chez une tuberculeuse pulmonaire ancienne. Considérations anatomo-pathologiques. (Laborat. d'anat. pathol., fac. de méd., Lyon.) (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 3, S. 293—298.) **33**, 277.

Meyer, Karl A., and William A. Brams, Non-carcinomatous tumors of the stomach. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 3, S. 311—318.) **33**, 820.

Mouat, T. B., Two cases of polypus of the stomach. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 165—168.) **32**, 727.

Orator, Viktor, Beiträge zur Magenpathologie III. Nichtcarcinomatöse Tumoren und Entzündungen des Magens, studiert an chirurgischem Resektionsmaterial. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 1, S. 230 bis 242.) **32**, 605.

Peco, Gabriel, Diagnostik der organischen Verletzungen des Pylorus. (Trabajos y publ. de la clín. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 281—287.) (Spanisch.) **34**, 784.

Schnitzler, Hans, Ein Beitrag zur Klinik und Histologie der gutartigen Geschwülste des Magens. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 29—39.) **32**, 374.

Stewart, M. J., and A. L. Taylor, Adenomyoma of the stomach. (Dep. of pathol. a. bacteriol., univ., Leeds.) (Journ. of pathol. a. bacteriol. Bd. **28**, Nr. 2, S. 195 bis 202.) **32**, 110.

Wakeley, Cecil P. G., A large cavernous haemangioma of the left lobe of the liver causing obstruction to the cardiac orifice of the stomach. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 590—593.) **31**, 109.

Wyard, Stanley, Some observations in the condition sometimes called leather-bottle stomach. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 449—459.) **31**, 880.

Magencarcinom, Magensarkom und andere bösartige Geschwülste.

Aaron, A. H., and J. V. Wadsworth, A case of plastic linitis. (Bull. of the Buffalo gen. hosp. Bd. **3**, Nr. 1, S. 1—5.) **32**, 370.

Anschütz, W., Die Diagnose und Prognose bei der chirurgischen Behandlung des Magencarcinoms. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 1, S. 1—4.) **31**, 185.

Bariety et René Huguenin, Un nouveau cas de cancer double du tube digestif. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **95**, Nr. 1/5, S. 31—34.) *

Begtrup, Erik, Magenkrebs bei einem achtzehnjährigen Mann. (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. 20, S. 477—480.) (Dänisch.) *

Berencsy, Gábor, Zwei interessantere Fälle von Magensarkom. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 47, S. 1144—1146.) (Ungarisch.) **34**, 715.

Birgfeld, Ed., Ein Beitrag zur Magenchirurgie. Bericht über die am Stadtkrankenhause zu Chemnitz (Chef: Geh. San.-Rat Prof. Dr. P. Reichel) von 1907—1922 ausgeführten Magenoperationen, unter besonderer Berücksichtigung der Spätresultate. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 51—140.) **31**, 689.

Blackford, J. M., Gastric carcinoma. (Northwest med. **24**, S. 280.) **33**, 742.

Blavet, Carlo, Un caso di carcinoma della regione pilorica accompagnato da eteroplasia della mucosa. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 242—248.) **32**, 771.

Blumenthal, Ferdinand, Diagnostik des Krebses im Bereich des Verdauungstraktus. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. S. 11—42.) *

Bouvier, Ernst, Über die Polyposis des Magendarmtraktes. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 763—771.) **31**, 886.

Cabot, Hugh, and George C. Adie, Etiology of cancer of the stomach. A review of one hundred sixteen consecutive cases of cancer of the stomach with particular relation to etiology. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 1, S. 86—108.) **33**, 440.

Ceconi, A., Le ricorse della diagnosi precoce di tumore maligno dello stomaco. (Istit. di patol. spec. med. dimostr., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35, S. 29 bis 37.) *

Cengiarotti, G. B., Sopra un caso di ulcera-cancro dello stomaco. (Istit. di anat. patol., univ., Padova.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 37, S. 868—871.) **33**, 487.

Chauvenet, A., La valeur diagnostique et pronostique du ganglion de Troisier en particulier dans le cancer gastrique. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 80, S. 1299—1301.) **33**, 820.

Cortes Llado, Mario, Über die Frühdiagnose des Magenkrebses. (Rev. méd. de Barcelona Bd. **1**, Nr. 1, S. 3—10.) (Spanisch.) **32**, 40.

Delore, X., J. de Rougemont et J. Creyssel, De l'occlusion aiguë du pylore en cours de sténoses. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 101, S. 1667—1669.) **34**, 317.

Demjanoff, G., Ein ungewöhnlicher Fall von muzinösem Scirrhus des Magens und der Speiseröhre mit ausgedehnter Implantation im Bauchfell und der Pleura. (Med. Klin., med. Hochsch., Krasnodar, Dir. N. Nižibizki.) (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 19/20, S. 1524—1525.) (Russisch.) *

Dible, J. Henry, Gastric ulcer and gastric carcinoma: An inquiry into their relationship. (Dep. of pathol., univ., Manchester.) (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 666—700.) **33**, 248.

Eiselsberg, A., Prognose und Therapie des Magencarcinoms. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 1, S. 19—23.) **30**, 933.

Finsterer, Hans, Die Bedeutung des Ulcuscarcinoms des Magens für die Indikationsstellung bei der Behandlung des Magengeschwürs. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **3**, Nr. 11, S. 295—299 u. Nr. 12, S. 321—325.) **31**, 878.

Grignani, Rodolfo, Il valore del „segno di Tansini". (Istit. di clin. chir. gen. e di med. operat. univ., Pavia.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 18, S. 634 bis 637.) **32**, 611.

Hanssen, Finn Serck, Resultate der chirurgischen Behandlung des Magenkrebses. (Rikshosp., Oslo.) (Norsk Magaz. f. Laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 12, S. 1305 bis 1318.) (Norwegisch.) **34**, 375.

Harttung, Über Blutungszeit beim Magengeschwür und Krebs. Diagnostische Bedeutung und therapeutische Beeinflussung. (Knappschaftskrankenh., Eisleben.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 26, S. 1410—1411.) **32**, 521.

Harttung, H., Untersuchungen über Blutungszeit beim Magengeschwür und Krebs. Diagnostische Bedeutung und therapeutische Beeinflussung. (Knappschafts-Krankenh., Eisleben.) (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen, O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 3, S. 403—409.) **33**, 274.

Heurck, van, A propos d'un cas de squirrhe gastrique. (Journ. belge de radiol. Bd. **14**, H. 1, S. 22—25.) **34**, 250.

Jost, W., Zur Frage der krebsigen Entartung der Magengeschwüre. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Spassokukotzki, Ssaratoff.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 421—424. 1925.) (Russisch.) **33**, 737.

Kapel, O., Primäres Magensarkom. (Kir. afdel., statshosp., Sonderborg.) (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. 6, S. 121—134.) (Dänisch.) **31**, 932.

Kassandrov, N. N., Zur Frage über die Magenkrebsdiagnose. Die Probe von Wolf-Junghans. (Laborat., Krankenh., Cholodnogory, Chef A. I. Mesčaninov.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. **5**, Nr. 12, S. 14—17.) (Russisch.) **35**, 512.

Knighton, J. E., The problem of early diagnosis of gastric cancer. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 1, S. 30—31.) *

Konjetzny, G. E., Berichtigung zu der Arbeit von L. Moszkowicz: „Regeneration und Krebsbildung an der Magenschleimhaut" in diesem Archiv Bd. 132, H. 4. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 486—489.) *

Krecke, A., Die Frühdiagnose des Magenkrebses. (Jahresk. f. ärztl. Fortbild. Jg. **16**, H. 12, S. 30—33.) *

Kusmin, S., Zur Frage der Behandlung von Blutungen aus runden und carcinomatösen Geschwüren des Magens und Duodenums. (Chir. Klin., Prof. Hesse, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 440 bis 443.) **33**, 736.

Lloyd, N. L., Cancer of the stomach: An analysis of fifty cases at Guy's hospital. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 4, S. 410—427.) **34**, 162.

Lund, F. B., Comments on the surgery of carcinoma of the stomach. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 15, S. 666—668.) **33**, 487.

Mambrez, G. K., Zur Frage über die in die vordere Bauchwand penetrierenden runden und carcinomatösen Magen- und Duodenalgeschwüre. (Chir. Klin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. Hesse, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 110—115.) (Russisch.) **35**, 573.

Marotta, Armando R., Krebs des Verdauungsapparates. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 209—211.) (Spanisch.) *

Massa, G., Contributo allo studio dell'ulcera-cancro dello stomaco. (Sez. chir., osp. Mauriziano Umberto I, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 230—241.) **32**, 770.

Master, A. M., Asthenia as a chief complaint in carcinoma of the stomach. (Mount Sinai hosp., New York.) (Arch. of internal med. Bd. **35**, Nr. 4, S. 527—533.) **32**, 770.

Meischke, M., Über Magensarkom. (Augusta-Hosp., Berlin.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **36**, H. 1/2, S. 82—86.) **34**, 715.

Meyeringh, Heinrich, Zur Kenntnis des Lymphosarkoms. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 185—202.) **34**, 518.

Michel, Gaston, et Lucien Cornil, Sur les gliomes gastriques. A propos d'une observation anatomo-clinique. (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 20, S. 725—730.) **33**, 910.

Mogena, H. G., und García Orcoyen, Krebsige Degeneration des Magengeschwürs. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 501—514.) (Spanisch.) **36**, 585.

Moulonguet, P., Epithélioma cylindrique du cardia, au contact d'un épithélioma pavimenteux de l'œsophage. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude de cancer Bd. **14**, Nr. **5**, S. 298—302.) **33**, 217.

Netto, Ayres, Volumineuse tumeur pileuse de l'estomac. Opération, guérison. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 65, S. 1092—1093.) *

Nicolaysen, Knud, Zwei Fälle von Magenkrebs mit Perforation in die freie Bauchhöhle. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 3, S. 260—262.) (Norwegisch.) *

Orator, Viktor, Über den Ulcus- und Carcinommagen. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 16, S. 425—427.) **32**, 37.

Orator, Viktor, Beiträge zur Magenpathologie II. Zur Pathologie und Genese des Carcinoms und Ulcuscarcinoms des Magens. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 1, S. 202—229.) **32**, 464.

Palugyay, Josef, Der Kardiospasmus als Symptom des Kardiacarcinoms. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 4, S. 795—801.) **33**, 54.

Peco, Gabriel, Diagnostik der organischen Verletzungen des Pylorus. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. **1925**, S. 281—287.) (Spanisch.) **34**, 784.

Pokorny, Gwidon, Hungerschmerzen bei Magenkrebskranken. (Klin. med. univ., Kraków.) (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 6, S. 121—123.) *

Pollack, Herbert, Heilung oder Remission eines bereits inoperablen Magen-Leber-Carcinoms? (Städt. Krankenh., Hindenburg, OS.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 38, S. 1600.) 33, 118.
Reid, Mont R., Total gastrectomy. With report of a case of linitits plastica treated by a complete excision of the stomach. (Surg., gynecol a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 667 bis 672.) 33, 910.
Savin, V., Einige Bemerkungen zur totalen Entfernung des krebsig entarteten Magens. (Izvestija Tomskovo Gosudarstvennovo universiteta Bd. 73, S. 105-117.) (Russisch.) 33, 122.
Schalij, F. A., Ein Fall von Magenkrebs auf dem Boden eines Magengeschwürs. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 11, S. 1228—1230.) (Holl.) 31, 840.
Schütz, E., Zungenförmiger Fortsatz des linken Leberlappens; durch Verwachsung mit der Vorderfläche des Magens einen Magentumor vortäuschend. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 31, S. 863.) *
Schütz, E., Frühdiagnose und Frühoperation bei Magencarcinom. (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 3, S. 163—166.) *
Spassokukotzkij, S., Magenresektion bei Magenkrebs. (Chir. Univ.-Klin., Saratov.) (Kliničeskij žurnal Saratovskovo Univ. Bd. 1, H. 1, S. 1—9.) (Russ.) 38, 44.
Sternberg, Carl, Zur Frage des Ulcuscarcinoms. (20. Tag. d. dtsch. pathol., Ges., Würzburg, Sitzg. v. 1.—3. IV. 1925.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Erg.-H., S. 172—179.) 33, 342.
Stoerk, Oskar, Zur Frage des Ulcuscarcinoms des Magens. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 13, S. 347—352.) 32, 108.
Tadenuma, Kenji, Über die Magensekretion bei Magenkrebs und -geschwür vom Standpunkte der Beeinflussung der Magensekretion durch das Immunserum gegen die Magenschleimhaut. (15. ann. scient. sess., Sapporo, 11.—13. VII. 1925.) (Trans-act. of the Japan. pathol. soc., Tokyo Bd. 15, S. 297—298.) 37, 518.
Timbal, Louis, Les cancers de l'estomac avec insuffisance pylorique. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 17, S. 373—378.) *
Tomasi, Luigi, Di un caso di linite plastica dello stomaco. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 14, S. 489—490.) *
Toussaint, Un cas de linite plastique. (Hôp. milit., Anvers.) (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 7/8, S. 250—254.) 34, 162.
Udaondo, C. Bonorino, Juan E. Carulla und H. Zunino, Der Grundumsatz beim Magencarcinom. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 1, S. 13—29.) (Spanisch.) 34, 162.
Urrutia, L., Chirurgische Behandlung des Magenkrebses und ihre Fernresultate. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 163, S. 3—12.) (Spanisch.) 32, 891.
Wakeley, Cecil P. G., A case of gastrectomy for carcinoma of the stomach. (King's coll. hosp., London.) (Brit. journ. of radiol. Bd. 30, Nr. 295, S. 41—48.) 31, 621.
Wyard, Stanley, Some observations on the condition sometimes called leather-bottle stomach. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 449—459.) 31, 880.

Chirurgische Operationen am Magen und Dünndarm.

Ahrens, Philipp, Nachträgliches zu meiner in Nr. 34 erschienenen Veröffentlichung: „Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Duodenal- und hochsitzenden Dünndarmfisteln, sowie zur Anlegung von Darmfisteln überhaupt." (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 47, S. 2655—2658.) 33, 822.
Alapy, Henrik, Form und Funktion des Magens nach der Finneyschen Pyloroplastik. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 5, S. 785—787.) 34, 315.
Aoyama, Tetsuzo, On the resection of the stomach by Kocher's method. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 125—131.) 31, 387.
Ascoli, Manfredo, Le modificazioni del chimismo gastrico dopo la gastro-enterostomia. (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 6, S. 269—282.) 32, 463.
Aussprache zu den Fragen der Magenchirurgie. (Ulcus ventriculi et duodeni, Ulc. perforativum.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr. 3.—8. V. 1924, S. 469—509. Moskau 1925.) (Russisch.) 33, 740.
Bakin, G., Das neue Goepelsche Prinzip zur Magenresektion nach Billroth I. (Chir. Abt., Kossarev-Krankenh., Omsk, Chefarzt: Vogel.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 337—340.) (Russisch.) 38, 317.
Balfour, Donald C., The sequelae of gastro-enterostomy. The indications for disconnecting the anastomosis, and the technic of the operation. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 421—428.) 33, 342.
Bircher, Eugen, Die Technik der Magenchirurgie. Auf Grund von 1500 Operationen. (Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. 114 S. RM. 12.—.) 33, 819.

Birgfeld, Ed., Ein Beitrag zur Magenchirurgie. Bericht über die am Stadtkrankenhause zu Chemnitz (Chef: Geh. San.-Rat Prof. Dr. P. Reichel) von 1907—1922 ausgeführten Magenoperationen unter besonderer Berücksichtigung der Spätresultate. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 51—140.) **31**, 689.

Blond, Kaspar, Die Gastroenterostomiekrankheit und das postoperative Jejunalgeschwür. (Rothschildspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 12, S. 319 bis 321.) **31**, 930.

Blond, Kaspar, Die Beziehungen des sog. Circulus vitiosus nach Gastroenteroanastomose zum Ulcus pepticum jejuni postoperativum. Ein Beitrag zur spasmogenen Ulcusgenese. (Rothschildspit., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 281 bis 339.) **32**, 241.

Bogoras, N., Über Cholecystogastrostomie bei Ulcus ventriculi. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Bogoras, Rostov a. D.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 453.) (Russisch.) **33**, 738.

Bogoras, Nicolaus, Über Cholecystogastrostomie bei dem Magenulcus. Eine neue Operationsmethode zur Behandlung der Magenulcus. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 42—50.) **31**, 386.

Boldyreff, W. N., Surgical method in the physiology of digestion. Description of the most important operations on digestive system. (And of some operations on other organs.) (Physiol. inst., Battle Creek sanit., Battle Creek.) (Ergebn. d. Physiol. Bd. **24**, S. 399—444.) **35**, 515.

Budde, Max, Operativ geheilte Spontanruptur der Arteria gastroepiploica sinistra. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 33, S. 1383—1384.) **33**, 58.

Bundschuh, Eduard, Zur Kenntnis der Pankreasschädigung bei Duodenalresektion wegen Ulcus. (Juliusspit., Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 2, S. 414 bis 421.) **32**, 530.

Burns, J. Gillette, Aseptic end-to-end anastomosis of the intestine. (Mayo found., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 670—673.) **31**, 886.

Butler d'Ormond, R. de, La gastro-enterostomie „directe" de Goullioud (de Lyon). (Juxta-ligamentaire et para-marginale.) (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 41, S. 1099.) **33**, 819.

Cabeça, Custódio, Gastrektomie nach Polya. (Clin. cir., univ., Lisboa.) (Lisboa méd. Jg. **2**, Nr. 11, S. 495—509.) (Portugiesisch.) **35**, 576.

Čačkovič, Miroslav, Biersche Naht bei der Gastroenterostomie. (Liječnički vjesnik Jg. **47**, Nr. 2, S. 83.) (Kroatisch.) **31**, 551.

Carossini, G., Sur une nouvelle méthode d'entéro-anostomose termino-terminale au moyen d'une bobine démontable. (II. serv. chir., hôp. de Santa Maria Nuova Florence.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 33, S. 541—543.) **32**, 196.

Ciminata, A., La secrezione esterna del pancreas dopo esclusione pilorica e gastrodigiunostomia a Y di Roux. Ricerche sperimentali. (Istit. di fisiol. sperim., univ., Roma.) (Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 3, S. 304—317.) **36**, 279.

Cornejo Saravia, Ernesto, Perforation einer latero-lateralen Darmanastomose. (Soc. de cir., Buenos Aires, 20. V. 1925.) (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 23, S. 1238 bis 1239.) (Spanisch.) •

Cukor, István, Modifikation der Gastroenteroanastomose (Billroth II) in Verbindung mit Magenresektion mittels Nähapparat durchgeführt. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 52, S. 1265—1267.) (Ungarisch.) **34**, 712.

Deaver, John B., and Stanley P. Reimann, Subtotal gastrectomy. With considerations of the pathology and physiology. (Lankenau hosp., Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 21, S. 1619—1625 u. 1627—1628.) **35**, 120.

Delore, X., J. Creyssel et J. de Rougemont, Sur deux modes larvés de réaction péritonéale en chirurgie gastrique (circulus vitiosus et dilatation gastrique aiguë). (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 6, S. 405—421.) **32**, 836.

Delore, X., J. Creyssel et J. de Rougemont, Les soins pré- et post-opératoires dans les interventions gastriques. Accidents et incidents de leurs suites proches et éloignées. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 85, S. 1410—1411.) •

Derocque, A., La physiologie de la gastro-jéjunostomie. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 77, S. 1249—1254 u. Nr. 79, S. 1281—1285.) **37**, 435.

Desplas, Bernard, Soins pré- et post-opératoires en chirurgie gastrique. (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 49, S. 1807—1809.) **34**, 160.

Devine, H. B., Basic principles and supreme difficulties in gastric surgery. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 1, S. 1—16 u. Bd. **41**, Nr. 5, S. 688.) **31**, 838. **34**, 28.

Disertinskaja, E., Die Verdauungskraft des Magensaftes nach Cholecystgastrostomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23 bis 26. IX. 1925, S. 281—287.) (Russisch.) **37**, 119.

Dixon, Claude F., J. Gillette Burns and Herbert Z. Giffin, Observations on pernicious-anemia, following ileostomy. (Div. of med. a. surg., Mayo clin., Rochester.) (40. sess., Washington, 5.—7. V. 1925.) (Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. **40**, S. 144—154.) **35**, 40.

Donovan, Ricardo E., Über die Technik der Duodenojejunostomie. (Rev. méd. latino-améric. Jg. **10**, Nr. 116, S. 897—903.) (Spanisch.) *

Eggers, H., Eigenartiger Mechanismus des Circulus vitiosus nach Gastroenterostomia anterior. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 281.) *

Ehrlich, Hans, Zur Blutstillung nach Magenoperationen. (Allg. Krankenh., Mähr.-Schönberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 1, S. 17—19.) **30**, 861.

Erdmann, John F., and Rupert F. Carter, The operative treatment of duodenal ulcer with special reference to the Horsley operation. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 3, S. 631—636.) **31**, 929.

Escudero, Pedro, und José W. Tobias, Chronischer Durchfall nach Resektion eines Ulcus der kleinen Kurvatur. (Clin. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 12, S. 574—581.) (Spanisch.) **37**, 273.

Fecher, K., Die Behandlung von Darmfisteln mittels Öltampons. (Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 24, S. 890—891.) **32**, 615.

Fedeli, Fedele, Le modificazioni istologiche della parete delle anse intestinali anastomizzate allo stomaco. (Istit. di clin. chir., univ., Genova.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. **4**, S. 333—358.) **32**, 464.

Finsterer, Hans, Erfahrungen mit der Magenresektion nach Billroth I und deren Modifikation nach Haberer. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 650 bis 667.) **32**, 240.

Flörcken, H., Über akute Entzündung der Gallenblase nach Magenresektionen. (St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 527—529.) **33**, 671.

Flosdorf, P., Bericht über einen Fall großer Dünndarmresektion. (Marienhosp., Siegen i. W.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 29, S. 1597—1598.) **33**, 120.

Frangenheim, Spätfolgen nach ausgedehnter Dünndarmresektion. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 696.

Frolov, A., Erfolge der Gastroenterostomie nach dem Material des Zentralkrankenhauses der Don- und Südeisenbahnen (1922—1925). (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 21—24.) (Russisch.) **37**, 354.

Gianolla, G., Deux nouveaux cas d'énervation de l'estomac. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 35, S. 918—919.) **33**, 217.

Goepel, R., Zum Einmanschettierungsverfahren. (Chir. Klin. Goepel-Hörhammer, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 31, S. 1702—1706.) **32**, 727.

Graham, Henry F., and Pedro Platou, Duodeno-jejunostomy. (Surg. serv., Brooklyn Norwegian hosp., Brooklyn.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 791—794.) **32**, 193.

Gregory, A., Über Pyloroplastik bei ulcerösem Symptomkomplex ohne Anwesenheit eines Ulcus. (Krankenh., Wologda.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 45.) (Russisch.) **33**, 740.

Grekow, I. I., Zweizeitige sekundäre Darmnaht und Darmresektion, insbesondere bei Volvulus flexurae sigmoideae. (Chir. Klin., Prof. Grekow, Leningrad.) (Festschrift f. Prof. Trinkler-Charkow, Staatsverlag d. Ukraine, S. 40—52. 1925.) (Russisch.) **33**, 125.

Grimault, L., Ulcères perforés juxta-pyloriques, leur traitement par l'excision suivie de pyloroplastie. (A propos de 3 observations.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 3, S. 230 bis 244.) **32**, 417.

Haberer, H., Nachkrankheiten nach Magenoperationen. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. **1925**, S. 197 bis 285.) **32**, 293.

Héjj, J., Modifikation der Beye-Bierschen Gastropexie nach Vidakovits. (XI. ungar. Chirurgentag. Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 309.

Heilmann, Pankraz, Stoffwechseluntersuchungen nach totaler Magenresektion. (Allg. Krankenh., Bamberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 5, S. 178—182.) **31**, 552.

Hesse, Fritz, Embolischer Verschluß der Arteria femoralis nach Magenresektion. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 1/2, S. 120 bis 126.) **33**, 387.

Hodges, Fred M., A study of the pylorus and first portion of the duodenum following pyloroplasty. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 3, S. 162—165.) **31**, 839.

Hofmann, Artur Heinrich, Die Gefahren der Braunschen Anastomose. (Städt. Krankenh., Offenburg, Baden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 3, S. 116 bis 119.) **31**, 306.

Hofmann, Konrad, Grundsätzliches zur mechanischen Passagestörung (Circulus vitiosus) nach der Gastroenterostomose. (Chir. Abt., ev. Krankenh. Kalk, Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 12, S. 638—641.) **31**, 621.

Holland, Arthur L., Notes on gastro-enterostomy for duodenal ulcer. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 304—307.) **32**, 418.

Jackson, Reginald H., Extensive resection of the small intestine in an infant. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 55—61.) **31**, 188.

Jarotzky, Alexander, Eine postoperative Diät nach den Magenoperationen. (Altes Catharinen-Hosp., Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 15, S. 791—794.) **31**, 879.

Jarotzky, Alexander, Eine Diät nach der Gastroenterostomie, um Ulcusrezidiven vorzubeugen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1876—1880.) **33**, 216.

Jurasz, Antoni, Über ein neues Operationsverfahren beim Kardiospasmus. (Klin. chir., univ., Poznań.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 28, S. 649—651.) **34**, 312.

Kaehler, M., Zur Behandlung hochsitzender Dünndarmfisteln. Bemerkung zu dem Aufsatz: „Neue Gesichtspunkte usw." von Ahrens in Nr. 34 dieses Zentralblattes. (Kaiser Wilhelm-Krankenh., Duisburg-Meiderich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 43, S. 2418—2420.) **33**, 442.

Keene, Reginald, A case of acute obstruction at the site of a gastrojejunostomy. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 791—793.) **32**, 195.

Klaus, R., Zur Technik der Magenresektion. (Bezirkskrankenh., Tuttlingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 1, S. 16—17.) **31**, 244.

Knaffl-Lenz, E., und S. Nogaki, Über die Resorption aus ausgeschalteten Darmschlingen. (Pharmakol. Inst., Univ. Wien.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 105, H. 1/2, S. 109—123.) **31**, 622.

Koennecke, W., Ulcusgenese und Gastroenterostomie. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen u. ev. Krankenh., Oldenbg.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 118—135.) **34**, 711.

Kopp, J. G., Retrograde Invagination nach Gastroenterostomie. (Heelk. klin., Binnengasth., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 15, S. 1709—1718.) (Holländisch.) **31**, 882.

Kopp, J.-G., Invagination rétrograde après gastro-entérostomie. (Clin. thérap. chir., univ., Amsterdam.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 5, S. 664—677.) **33**, 741.

Kopyloff, Georg, Über das Schicksal der Magendarmanastomose bei verschiedenen Nahtmethoden und bei einigen Modifikationen in der Operationstechnik. Experimentelle Untersuchung. (Westsibirisch. med. Inst. u. chir. Klin., Sibirisch. Zoo-techn. Inst., Omsk.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 568—588.) **32**, 835.

Kopylov, G., Vergleichend experimentelle Untersuchungen über die Nähte bei der Gastroenterostomie. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 460.) (Russisch.) **33**, 739.

Kopylov, G., Über das Schicksal der Gastroenteroanastomose in ihrem Verhältnis zur Nathmethode und anderen technischen Einzelheiten. Experimentelle Untersuchung. (Inst. f. topogr. Anat. u. operat. Chir., med. Hochsch., Omsk.) (Trudy Omskovo medicinskovo instituta Bd. 2, S. 89—159.) (Russisch.) **38**, 121.

Korganova-Müller, F. S., Zur Frage über Komplikationen der Magenresektion nach Billroth I. (Iversches Krankenh., Vorst. Dr. Meier, Moskau.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 13, S. 319—321.) (Russisch.) **35**, 325.

Kortzeborn, Schicksal der Pyloromyotomiewunde. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir. Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 688.

Kudinzov, Indikationen und unmittelbare Komplikationen der Gastroenteroanastomose. (Verh. d. 1. Chir.-Kongr. d. linkss. Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 16—20.) (Russ.) **37**, 353.

Lee, Ferdinand C., Experimental end-to-end anastomoses of the colon. An anatomic study. (Anat. laborat., Johns Hopkins univ. med. dep., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 1, S. 100—123.) **32**, 775.

Lepechin, A. L., Die Grundprinzipien der Unterbindung der Darmgefäße. (Inst. f. norm. Anat., Univ. Taškent, Prof. Zimmerman.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 391—407.) (Russisch.) **35**, 836.

Lindboe, E. Fr., Erfahrungen mit der Resektionsmethode nach Polya bei Magen- und Duodenalulcus. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 6, S. 525—533.) (Norwegisch.) **33**, 387.

Loicq, René, La transfusion du sang dans la période postopératoire de la chirurgie gastrique. (Clin. chir., univ., Bruxelles.) (Scalpel Jg. 78, Nr. 10, S. 217—218.) **31**, 547.

Long, L., The prevention of postoperative intestinal incompetence. (Journ. of the Jowa state med. soc. 15, S. 195.) *

Lukomsky, I. O., Über die Diätbehandlung nach Magenoperationen. (Propädeut.-chir. Klin., I. Staatsuniv., Moskau, Prof. Herzen.) (Vestnik Sovremennoj medicinj Jg. 2. Bd. 2, Nr. 8, S. 8—10.) (Russisch.) **36**, 316.

Marimón, Entfernung des Steißbeines bei Prozessen in der Fossa ischiorectalis. (Siglo méd. Bd. **75**, Nr. 3728, S. 533—534.) (Spanisch.) **82**, 411.

Martel, T. de, Remarks on the technique of gastrectomy. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 754—759.) **82**, 462.

Matthaei, F., Über ausgedehnte Dünndarmresektion und ihre Folgen. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **224**, H. 2, S. 345—353.) **81**, 392.

Michon, Louis, Technique d'anastomose iléo-colique termino-latérale. (Journ. de chir. Bd. **25**, Nr. 1, S. 27—30.) **81**, 623.

Mikuli, N., Die einreihige Naht bei der Gastroenterostomie. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 461.) (Russisch.) **83**, 740.

Miller, Charles C., A systematized technic for treating abdominal fistulae. (Med. times Bd. **53**, Nr. 8, S. 183—184.) **85**, 377.

Moczar, L., Die zweizeitige Magenresektion. (XI. ungar. Chirurgentag. Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **81**, 309.

Moise, T. S., and S. C. Harvey, A method for an end-to-end gastrojejunostomy after a partial gastrectomy. (Dep. of surg., Yale univ. school of med., New Haven.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 559—562.) **81**, 931.

Nasaroff, N. N., Enterostomia als Hilfsoperation. (Propädeut. chir. Univ.-Klin., Saratow.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 1/2, S. 113—116.) **81**, 925.

Nasarov, N., Die Enterostomie nach einigen Laparotomien. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 522.) (Russisch.) **83**, 746.

Nemiloff, Alexander, Über den Heilungsprozeß in der Gastroenterostomiewunde. (Chir. Klin., Staatsinst. f. ärztl. Fortbild., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 629—639.) **82**, 193.

Nicolaysen, Knud, Beitrag zur Erforschung der Wirkung der Gastroenterostomie. (Rikshosp., Oslo.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Bd. **86**, Nr. 12, S. 1322 bis 1328.) (Norwegisch.) **84**, 373.

O'Day, J. Christopher, Gastro-enterostomy. (Americ. med. Bd. **31**, Nr. 5, S. 265 bis 273.) **83**, 819.

Odinoff, D., Späte Komplikationen nach Magenoperationen. (Chir. Klin., Prof. Martynoff, Univ. Moskau.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 19, S. 756—792.) (Russ.) **86**, 751.

Orr, Thomas G., and Russell L. Haden, Reducing the surgical risk in some gastrointestinal conditions. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 11, S. 813 bis 814.) **83**, 246.

Orth, Oscar, Magenoperationen in Lokalanästhesie. (Landeskrankenh., Homburg a. Saar.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 48, S. 2701—2702.) **83**, 862.

Pamperl, Robert, Zur Behandlung der hochsitzenden Dünndarmfisteln. (Dtsch. chir. Klin., Prag.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 43, S. 2402—2404.) **83**, 442.

Pauchet, Victor, La dégastro-entérostomisation. Suppression d'une anastomose gastro-jéjunale. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 60, S. 1012—1013.) **83**, 117.

Paul, E., Beobachtungen an Magenresezierten nach der von Haberer modifizierten Billroth-I-Methode. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 682—697.) **81**, 840.

Payr, Klinische Erfahrungen mit der Pyloromyotomie bei Erwachsenen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **81**, 688.

Petrožizkaja, A. B., Zur Frage über die einreihige Naht bei der Gastroenterostomie. (Verh. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 464.) (Russ.) **83**, 740.

Podkaminsky, Gastroenteroanastomie mit prophylaktischer Vagotomie. Vorl. Mitt. (Chir. Univ.-Klin., Charkow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 11, S. 568—569.) **81**, 838.

Ponomarew, A. F., Einetagige Naht bei der Gastroenterostomie. (Westsibir. med. Inst., Omsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 10, S. 243—245.) (Russisch.) *

Pribram, B. O., Bemerkung zur Veröffentlichung von Prof. Swatuchin in Nr. 5 dieses Zentralblattes. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 17, S. 934.) **82**, 193.

Pringle, Seton, Jejunostomy in acute general peritonitis. (Lancet Bd. **208**, Nr. 17, S. 869—871; Irish journ. of med. science Ser. **5**, Nr. 41, S. 259—264.) **82**, 287. **82**, 412.

Prževalskij, B., Zur Technik der Gastroenterostomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 20—21.) (Russisch.) **87**, 354.

Radoičvitch, S., Du meilleur traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre. (Clin. chir. du prof. G. Chavannez, Bordeaux.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 3, S. 161—212.) **82**, 460.

Rahoveanu, G., Die Funktionen des operierten Magens. (Clin. chir., Cluj.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 1/2, S. 10—18.) (Rumänisch.) **82**, 195.

Reichert, Frederick Leet, and Emile Holman, The fate of the sutures as observed in intestinal anastomosis and in the healing of wounds. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **36**, Nr. 3, S. 212—221.) **82**, 443.

Reök, Ivan, Die Enterostomie. (Budapesti orvosi ujság Jg. 28, Nr. 22, S. 639—643.) (Ungarisch.) *

Resektion, Zur teilweisen — des Magens. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 69—73.) (Polnisch.) *

Rienhoff jr., William Francis, Blind-end circular suture of the intestine (Halsted method). (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 36, Nr. 1, S. 81—93.) 31, 312.

Rochet, Ph., et E. Pollosson, Le syndrome „circulus viciosus". (Presse méd. Jg. 33, Nr. 73, S. 1220—1222.) 33, 386.

Rohde, Otto, Über aufsteigende Dünndarminvagination nach Gastroenterostomie. (Länskrankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 105 bis 114.) 31, 312.

Rubašew, S. M., Die Biersche Naht bei der Gastroenteroanastomose. (Chir. Univ.-Klin., Minsk, Prof. Rubaschew.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 19, S. 458.) 35, 36.

Šamov, V., Die physiologisch-anatomischen Grundlagen und die Technik der Gastro-Entero-Anastomose. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Šamov, Charkov.) (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Uhraine, Charkov, Bd. 2, S. 7—16.) (Russ.) 37, 353.

Saposchkoff, K. P., Demucosatio intestini. Ein neues Operationsverfahren bei Darmausschaltungen. (Hosp. chir. Klin. d. Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 132, H. 1, S. 143—148.) 37, 904.

Savin, V., Einige Bemerkungen zur totalen Entfernung des krebsig entarteten Magens. (Izvestija Tomskovo Gosudarstvennovo universiteta Bd. 73, S. 105—117.) (Russisch.) 38, 122.

Schamoff, W. V., Über die Methoden der Wiederherstellung der Kontinuität des Magendarmtraktus nach der Magenresektion. (Festschrift für N. Trinkler S. 92 bis 108.) (Russisch.) 32, 668.

Schiassi, Benedetto, The rôle of the pyloro-duodenal nerve supply in the surgery of duodenal ulcer. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 939—948.) 33, 247.

Schiassi, M. B., Quel est actuellement le traitement de choix de l'ulcère du duodénum? (Clin. chir., univ., Modène.) (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 5, S. 513—523.) 32, 418.

Schubert, Alfred, Das Goepelsche Einmanschettierungsverfahren. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 7, S. 339—340.) 31, 552.

Schubert, Alfred, Erwiderung auf den vorstehenden Aufsatz Goepels [Zum Einmanschettierungsverfahren]. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 31, S. 1707.) 32, 727.

Schubin, W. N., Über Krankendiät nach Magenoperationen. (Chir. Klin., Univ. Perm, Prof. Parin.) (Kasanski medizinski žurnal Jg. 21, Nr. 3, S. 276—283.) (Russisch.) 33, 248.

Schur, Heinrich, und Friedrich Kornfeld, Neuere Erfahrungen über die Folgen der Resektion des parapylorischen Magenanteils. (Krankenh. d. Kaufmannschaft, Wien.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 34, H. 3/4, S. 131—144.) 31, 306.

Sherren, James, Bradshaw lecture on gastro-jejunostomy. (Lancet Bd. 209, Nr. 20, S. 1007—1017.) 36, 461.

Shipley, Arthur M., Broken-down abdominal incisions. A method of closure. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 452—457.) 35, 753.

Simon, R., et R. Fontaine, Du choc opératoire et de l'anesthésie en chirurgie gastrique. Recherches expérimentales et cliniques. (Rev. chir. Jg. 44, Nr. 2, S. 138—159.) 32, 190.

Sokolowskij, M., und M. Schapiro, Die einreihige Knopfnaht bei der Gastroenterostomie. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 465.) (Russisch.) 33, 739.

Solé, Roberto, Indikationen und Technik der Gastrektomie. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 196—220.) (Spanisch.) 34, 787.

Solowoff, P. D., Über wiederholte Magenoperationen. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Solowoff, Moskau.) (Russkaja klinika Jg. 1, Bd. 2, Nr. 6, S. 210—242, u. Verhandl. d. 16. Russ. Chir.-Kongr. in Moskau 1924, S. 443—445.) (Russisch.) 33, 217.

Solowoff, P. D., Über wiederholte Magenoperationen. (Russkaja klinika Jg. 1, Bd. 2, Nr. 6, S. 210—242.) (Russisch.) 35, 243.

Soresi, A. L., Oblique gastroduodenostomy in the treatment of ulcers of duodenum and stomach and cancer of pylorus. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 509 bis 511). 33, 486.

Spassokukozkij, S., Über Komplikationen nach Operationen am Magen im Lichte der Theorie des intraabdominellen Druckes. (Chir. Univ.-Klin., Ssaratov.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1267—1271.) (Russisch.) 35, 764.

Ssamiolo, Über Cholecysto-Gastroanastomose bei Magengeschwüren. (Chir. Abt., Bolschewskaja-Krankenh., Moskau.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 2, S. 108—110.) (Russisch.) 33, 386.

Ssokoloff, S., Zur Frage der Möglichkeit einer Einklemmung hinter der zuführenden Schlinge nach Gastroenterostomie. (Chir. Klin., staatl. Hochsch. med. Wiss. u. chir. Abt., Trinitatis-Krankenh., Leningrad.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 136—144.) 33, 277.
Ssokolov, S., Zur Frage der inneren Darmeinklemmung hinter der zuführenden Schlinge der Magendarmanastomose. (Prop.-chir. Klin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss. u. Trinitatis-Krankenh., Leningrad, Prof. E. Hesse.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 448—455.) (Russisch.) 34, 452.
Stokes, Henry, Two cases illustrating the use of Murphys button. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 36, S. 35—36.) 32, 613.
Strauch, Clauss Burkart, Histologische Untersuchungen über den Einfluß der Nahttechnik bei Magenoperationen auf die Heilung, besonders der Schleimhaut. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 1, S. 81—116.) 33, 117.
Stretton, J. Lionel, The ultimate fate of disused portions of intestine after complete short-circuiting operations. (Practitioner Bd. 115, Nr. 3, S. 215—217.) 33, 389.
Suermondt, Experimentelle Magen-Oesophaguschirurgie. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 689.
Swjatuchin, Eine kleine Modifikation der Darmnaht. (I. chir. Klin., Staatsuniv., Nishnij-Nowgorod.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 235—238.) 31, 187.
Swjatuchin, W. M., Über eine kleine Variation der Darmnaht. (Nowyi chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 92—97.) (Russisch.) 33, 389.
Trías Pujol, Die Magenhautfistel. (Rev. española de med. y cir. Jg. 8, Nr. 85, S. 375 bis 382.) (Spanisch.) 33, 247.
Verebély, Tibor, Die Statistik meiner Magenoperationen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 38, S. 899—900.) (Ungarisch.) 33, 342.
Walters, Waltman, The treatment of certain types of postoperative complications. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 867—870.) 32, 610.
Webster, Jerome P., Aseptic end-to-end intestinal anastomosis. (Hunterian laborat., dep. of surg., Peking union med. coll.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 646 bis 669.) 32, 42.
Weiss, A. G., et P. Porcher, Existe-t-il une cohsation de l'intestin grêle après la colectomie? Recherches expérimentales. (Clin. thérapeut. chir., univ., Paris.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 7, S. 692—706.) 33, 389.
Wildegans, Hans, Stoffwechselstörungen nach großen Dünndarmresektionen. (Urbankrankenh., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 38, S. 1558 bis 1561.) 33, 315.
Wodsack, H., Über die Resektion der Kardia. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 584—596.) 33, 741.
Zweig, Walter, Die Nachbehandlung nach Magen- und Darmoperationen. (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. Bd. 9, H. 4, S. 1—50. RM. 1.50.) 34, 99.

Trichobezoar (Haarballen) und andere Fremdkörper im Magen und Darm.

Adams, Wilmot, Two cases of foreign bodies in the gastro-intestinal tract. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 189—190.) 32, 768.
Botz, C. Gheorgke, Fremdkörper (Kugel) im Dünndarm, durch Laparotomie entfernt. (Spit. milit. „Regina Elisabeta" serv. II chir., Bukarest.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 2, S. 71—74.) *
Brandlight, Perforation intestinale par coprolithes formés et arrêtés dans une dilatation sacciforme de l'iléon. (Scalpel Jg. 78, Nr. 24, S. 567—568.) *
Clemens, J., Über einige Verfahren zur Entfernung von Fremdkörpern aus Hohlorganen. (Elisabethkrankenh., Essen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 31, S. 1293—1294.) 32, 889.
Dickson, S. M., Foreign body in intestines. (Med. journ. of South Africa Bd. 20, Nr. 6, S. 161.) 32, 837.
Guarini, C., Casi di corpi estranei nelle vie digerenti. (Istit. foto-radio-terap. e osp. dei pellegrini, Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 6, S. 1021—1024.) *
Harris, Rufus, A case of recurrent hair-ball of stomach. (Gloucestershire roy. infirm. a. eye inst., Gloucester.) (Lancet Bd. 209, Nr. 21, S. 1066.) 34, 847.
Mariantschik, L. P., Zur Kasuistik von multiplen Fremdkörpern in der Speiseröhre und im Magen-Darmkanal. (M.-K.-W. Eisenbahnkrankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 48, S. 2710—2715.) *
Porter, Miles F., Enteroliths and diverticula, especially enteroliths contained in diverticula of the large bowel. Report of a case. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 2, S. 185—186.) 32, 838.

Rork, Lee W., Radiological and clinical report of foreign bodies in the gastro-intestinal tract. (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 192—193.) *
Stranz, Gyula, Fremdkörpergeschwulst im Dickdarm, maligne Geschwulst vortäuschend. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 41, S. 984—985.) (Ungarisch.) *
Upson, W. O., Roentgenologic findings in a case of phytobezoar. (Battle Creek sanit., Battle Creek.) (Radiology Bd. 4, Nr. 1, S. 49—51.) *
Winterstein, O., Über Enterolithen. Kantonspit., Winterthur.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 409—419.) 33, 823.

Duodenumkrankheiten, einschließlich Duodenaldivertikel, außer Duodenalgeschwür und Geschwülste.

Ahrens, Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Duodenal- und hochsitzenden Dünndarmfisteln sowie zur Anlegung von Darmfisteln überhaupt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1886—1889.) 33, 56.
Bakay, L., Über Hindernisse der Duodenumentleerung. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 29.
Bársony, Theodor, und Béla Hortobágyi, Über die hohe Duodenalfistel. (Physiol. Inst., Univ. Budapest.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 210, H. 1/3, S. 300 bis 304.) 34, 659.
Bársony, Tivadar, und Béla Hortobágyi, Über die hohe Duodenalfistel. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 29, S. 698—699.) (Ungarisch.) 33, 55.
Basset, Antoine, Périduodénite et appendicite. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. 15, Nr. 9, S. 893—920.) 34, 167.
Brin, H., et D. Denéchau, Un cas de compression chronique de la troisième portion du duodénum par la mésenterique supérieure athéromateuse et considérablement augmentée de volume. Opération. Guérison.) (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 27, S. 1202—1206.) 33, 119.
Butler, P. F., and Max Ritvo, Diverticulum of the duodenum. (City hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 15, S. 705—712.) 31, 932.
Carleton, Dudley, Torsion of the duodenum from post operative and inflammatory adhesions. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 26, S. 1194—1196.) 34, 375.
Cavina, Giovanni, Rottura traumatica sottocutanea intraperitoneale del duodeno. (Osp. magg., Bologna.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 41, S. 1424—1427.) 34, 450.
Celasco, Juan Luis, Carlos I. Rophille und Eduardo Lanari, Zu einem Fall von Dilatation des letzten Drittels des Duodenums. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 37, S. 623 bis 629.) (Spanisch.) 34, 30.
Charles, J., Les replis duodénaux. (Laborat. d'anat., fac. de méd., Nancy.) (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 2, S. 49—60.) 31, 684.
Cignozzi, Oreste, Le stenosi duodeno-piloriche estrinseche di origine colecistica. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 36, S. 844—848.) 33, 667.
Diviš, Jiří, Sekundäre Duodenal-Pseudodivertikel bei Ulcus pepticum. (II. chir. Klin., Univ. Prag.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 1, S. 8—11 u. Nr. 2, S. 61—64.) (Tschechisch.) 31, 183.
Duval, Pierre, Henri Béclère et Porcher, Sténoses duodénales compliquant les affections gastriques. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 115, S. 26—27.) 31, 312.
Duval, Pierre, et Jean Gatellier, La périduodénite essentielle sténosante. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 1, S. 1—10.) 31, 841.
Duval, Pierre, et J.-Ch. Roux, Les deux variétés de périduodénite essentielle sténosante. La périduodénite congénitale; la périduodénite acquise inflammatoire. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. 15, Nr. 9, S. 886 bis 892.) 34, 161.
Duval, Pierre, und Jean Charles Roux, Die essentielle stenosierende angeborene Periduodenitis. (Hosp. Vaugirard, Paris.) (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 1, S. 7—12.) (Spanisch.) 34, 161.
Ebrard, M. D., Les rétrécissements congénitaux du duodénum. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 39, S. 633—637.) 33, 118.
Ghiron, Vittorio, L'occlusione duodenale cronica. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 11, S. 537—544.) 33, 821.
Goyena, Juan Raúl, und Martín Miranda Gallino, Ein Fall von supramesocolischer Duodenalstenose durch adhäsive Perioduodenitis nach Ulcus. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 239—254.) (Spanisch.) 34, 848.
Graham, Henry F., and Pedro Platou, Duodeno-jejunostomy. (Surg. serv., Brooklyn Norwegian hosp., Brooklyn.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 791—794.) 32, 193.

Hansen, Svend, Ein operativ behandelter Fall von periampullärem Duodenalkrebs. (Bispebjaerg hosp., afd. A, Kjøbenhavn.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 35, S. 755 bis 756.) (Dänisch.) **37**, 825.

Kaliniewicz, Stanislaw, Ein seltener Fall von Heilung einer Berstung des Duodenums. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 41—43.) (Polnisch.) **32**, 611.

Keller et Guenaux, Au sujet de la sténose duodénale. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 116, S. 42—43.) **31**, 621.

Kelling, G., Über chronische Duodenalstenose in Höhe der Radix mesenterii. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 34, S. 1633—1635.) **32**, 892.

Kyjovský, Methodĕj, Die infrapapilläre Stenose des Duodenums. (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 4, S. 120—125.) (Tschechisch.) **33**, 387.

Lindboe, E. Fr., Abnormer Verlauf des Duodenums. (Norsk. magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 6, S. 533—534.) (Norwegisch.) *

Lipschutz, Emanuel W., Duodenal diverticulosis, with report of a case seen roentgenologicaly. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 1, S. 53—57.) *

Macdonald, Juan, Der chronische Duodenalverschluß durch die Mesenterialwurzel. (Progr. de la clin. Bd. 29, Nr. 1, S. 51—56.) (Spanisch.) **31**, 555.

Martini, Tulio, Die essentielle stenosierende Periduodenitis. (Clin. méd., fac. de med. univ., Buenos Aires.) (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 1, S. 107—123.) (Spanisch.) **34**, 161.

Nagel, Gunther W., Unusual conditions in the duodenum and their significance. Membranous obstruction of the lumen, diverticula and carcinoma. (Dep. on pathol. anat. a. div. of surg., Mayo clin., Rochester.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 529 bis 549.) **33**, 525.

Neff, Frank C., and Russell L. Haden, Congenital transduodenal bands. (School of med., Kansas state univ., Kansas city.) (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 30, Nr. 1, S. 82—86.) *

Neuber, E., Zwei Fälle von Duodenalstenose. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 29.

Niles, Walter L., Congenital fixation of the duodenum. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 3, S. 328—336.) **32**, 611.

Novák, Vladimír, Duodenalverengerung. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 39, S. 1403—1408.) (Tschechisch.) **33**, 439.

Novák, Vladimír, Chronische Kompression des Duodenums bei Enteroptose. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 42, S. 1507—1512.) **33**, 743.

Novaro, Raúl, und Alberto Galíndez, Über einen Fall von besonderer inframesocolischer Periduodenitis. (Annales del inst. modelo de clin. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 271—278.) (Spanisch.) **34**, 161.

Prat, Domingo, Zwei Brustbauch- und eine Duodenum-Pankreasverletzung durch Kugel. (Annales de la fac. de med. [Montevideo) Bd. 10, Nr. 10, S. 869—875.) (Spanisch.) *

Pritchard, Eric, Congenital duodenal stenosis. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 9, sect. f. the study of dis. in children, 27. II. 1925, S. 69.) *

Ratkózy, Nándor, Konstante und intermittierende chronische Duodenalstenosen. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 195—197.) (Ungarisch.) **34**, 29.

Robertson, George, Acute dilatation of the stomach and intestinal tube with a „consideration of chronic duodenal ileus". (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 206—213.) **31**, 553.

Sandahl, Carl, Zur Kasuistik und operativen Behandlung der retroperitonealen Duodenalruptur. (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 1, S. 55—67.) **31**, 880.

Schneider, Hans, Zur Klinik der Duodenalphlegmone. (Städt. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 21, S. 556—558.) **32**, 418.

Seidlin, S. M., Congenital duodenal septum with obstruction. (Dep. of pathol., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 5, S. 328 bis 339.) **33**, 911.

Simici, D., et D. Popesco, Considérations sur le suc duodénal d'un malade splénectomisé avec quelques remarques sur la biligénie. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Jg. 7, Nr. 2, S. 21—25.) *

Steiger, W., Nebenpankreas in einem Darmdivertikel als Ursache einer sekundären Invagination. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 33, S. 909—910.) **33**, 599.

Tempsky, Arthur v., Zur Kenntnis der Duodenalverletzungen. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 1, S. 184—204.) **31**, 307.

Villette, Jean, L'occlusion duodénale chronique. (Quatre observations personnelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 1, S. 11—40.) **31**, 755.

Vogt, Marnetta E., Benign perforating duodenal cyst arising from the vestigial remains of the wolffian body. (Laborat. of the gynecol. pathol., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **10**, Nr. **6**, S. 798 bis 802.) **34**, 849.

Weiss, A., La duodéno-jéjunostomie appliquée à trente-quatre cas de sténose chronique sous-vatérienne du duodénum. Résultats éloignés de l'intervention. (Clin. thérapeut. chir., univ., Paris.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. **4**, S. 318—381.) **32**, 374.

Dünndarmkrankheiten mit Ausnahme der Geschwüre und Geschwülste, einschließlich Divertikel.

Ahrens, Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Duodenal- und hochsitzenden Dünndarmfisteln sowie zur Anlegung von Darmfisteln überhaupt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 34, S. 1886—1889.) **33**, 56.

Ahrens, Philipp, Nachträgliches zu meiner in Nr. 34 erschienenen Veröffentlichung: „Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Duodenal- und hochsitzenden Dünndarmfisteln sowie zur Anlegung von Darmfisteln überhaupt." (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 47, S. 2655—2658.) **33**, 822.

Botz, C. Gheorghe, Fremdkörper (Kugel) im Dünndarm, durch Laparotomie entfernt. (Spit. milit. „Regina Elisabeta" serv. II chir., Bukarest.) (Rev. sanit. milit. Jg. **24**, Nr. 2, S. 71—74.) •

Bravo Zamora, Luis, und Lorenzo Galíndez, Hypertrophische Ileocöcaltuberkulose. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. **9**, Nr. 1, S. 167—175.) (Spanisch.) •

Brofeldt, S. A., Zur Pathogenese der Berstungsrupturen im Darm. (Chir. Univ.-Klin., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 256—288.) **31**, 310.

Bundschuh, Ed., und Ed. Paul Wolff, Zur Kenntnis der Darmphlegmone. (Juliusspit., Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 3, S. 438—448.) **32**, 668.

Hunt, Verne C., and William P. Herbst, False diverticulum of the duodenum containing gallstones, with cholecyst-diverticular fistula. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 3, S. 807—811.) **32**, 522.

Kaehler, M., Zur Behandlung hochsitzender Dünndarmfisteln. Bemerkung zu dem Aufsatz: „Neue Gesichtspunkte usw." von Ahrens in Nr. 34 dieses Zentralblattes. (Kaiser Wilhelm-Krankenh., Duisburg-Meiderich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 43, S. 2418—2420.) **33**, 442.

Mandl, Dezsö, Die Darmtuberkulose und ihre Behandlung. (Orvosképzés Jg. **15**. Sonderh., S. 126—130.) (Ungarisch.) **33**, 746.

Metge, Ernst, Beitrag zur Kenntnis der primären Darmphlegmone. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 44, S. 2474—2475.) **33**, 823.

Moreau, J., et J. Murdoch, Diverticules du jejunum. (Clin. radiol., univ., Bruxelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. **3**, S. 192—202.) **32**, 612.

Pamperl, Robert, Zur Behandlung der hochsitzenden Dünndarmfisteln. (Dtsch. chir. Klin., Prag.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 43, S. 2402—2404.) **33**, 442.

Perelmann, I. M., Ascaridiasis in der Chirurgie. (Chir. Klin., weißruss. Univ., Minsk, Dir. Prof. Rubaschoff.) (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 2, S. 202—210. (Russisch.) **35**, 179.

Rothschild, Norman S., Diverticula of the jejunum. (Surg. serv. of Dr. J. H. Jopson. hosp. of the graduate school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 250—255.) **33**, 56.

Sigmund, Adolf, Seltene Darmdivertikel. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 4, S. 130—135.) (Tschechisch.) **31**, 557.

Meckelsches Divertikel.

Bakács, Georg, Über die Mesenterialsarkome des Darmes und des Meckelschen Divertikels. (Pathol. Inst., Univ. Breslau.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **31**. S. 89—96.) **32**, 111.

Bonora, Antonio, Diverticolite erniaria di Meckel simulante un'ernia inguinale sinistra obliqua esterna strozzata. (Osp. mandament. S. Giuseppe, Copparo.) (Atti d. accad. d. scienze med. e nat. di Ferrara Ser. 2, Bd. **2**, S. 3—11.) **35**, 756.

Bozščevskaja, M. Z., Ein Fall von Divert. Meckeli-Incarceration in einem Bruchsack. (Chir. Krankenh. Babuskin, Kijev.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 610.) (Russisch.) •

Christopher, Frederick, The surgical diseases of Meckel's diverticulum. A report of a case of diverticulitis with perforation. (St. Luke's hosp., Chicago.) (Internat. clin. Bd. **1**, ser. **35**, S. 67—88.) **32**, 40.

Coley, Bradley L., Tuberculosis of Meckel's diverticulum associated with tuberculous appendix. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 519—528.) 34, 162.

Crile, George W., and Ursus V. Portmann, A primary spindle cell sarcome of Meckel's diverticulum. (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 615—617.) *

Kaspar, Fritz, Weitere Mitteilungen zur Inversion und Invagination der Meckelschen Divertikeltumoren. (II. chir. Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 371—381.) 31, 557.

Mathews, Frank S., Meckel's diverticulum. A report of twelve cases, including one tumor. (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 720—729.) 31, 557.

Müller, Friedrich, Die chirurgischen Komplikationen des Meckelschen Divertikels. (Dissertation: Erlangen 1925. 4 S.) 32, 772.

Pascale, G., L'ulcera peptica del diverticolo di Meckel. (Contributo clinico.) (Clin. chir., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 31, S. 721—724.) 33, 278.

Pascale, G., Ulcera peptica del diverticolo di Meckel. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 10, S. 965—1010.) 34, 163.

Rippin, S., Zur Pathologie des Meckelschen Divertikels. Ein Fall von Einklemmung und Nekrose des letzteren in einem postoperativen Bruche der Bauchnittellinie. (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. 6, H. 7/9, S. 48—51.) (Russisch.) *

Schaetz, Georg, Beiträge zur Morphologie des Meckelschen Divertikels. (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 74, H. 1, S. 115—224 u. H. 2/3, S. 225—293.) *

Stulz, E., et P. Woringer, L'ulcère peptique du diverticule de Meckel chez l'anfant. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 45, S. 387—393.) 33, 821.

Ulrich, G. R., Ein Fall von perforiertem Meckelschem Divertikel. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 31, S. 664—666.) (Dänisch,) 33, 388.

Dünndarmgeschwüre mit Ausnahme des Ulcus pepticum jejuni postoperativum.

Asteriadès, Tasso, Cinq cas de perforation intestinale post-typhique opérés. Quatre guérisons et une mort. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 20, S. 595—608.) 32, 344.

Asteriadès, Tasso, De l'opération dans les perforations intestinales post-typhiques. (Hop. franç., Salonique.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 48, S. 808—810.) 32, 468.

Avoni, Aldo, Sulle ulcerazioni perforate da tifo. (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. 3, März-April-H., S. 125—140.) 32, 197.

Grasmann, Max, Zur Frage des Ulcus simplex des Dünndarmes. (Städt. Krankenh., München.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 449—478.) 32, 669.

Horsley, J. Shelton, Unperforated ulcers of terminal ileum, symptomatically simulating appendicitis. (Surg. dep., St. Elizabeth's hosp., Richmond.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 863—867.) 33, 441.

Livingston, Edward M., and Willard H. Squires, The question of leukocytosis following typhoid perforation of the intestines. (3. surg. div., Bellevue hosp., a. dep. of exp. surg., New York univ., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 14, S. 1020—1022.) 33, 441.

Oudard et G. Jean, L'ucère simple du grèle. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 3, S. 208—228.) 32, 41.

Pesce, Francesco, Contributo allo studio dell'ulcera semplice del tenue. (Rep. chir., osp. civ., Belluno.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 7, S. 367—372.) 33, 388.

Roberts, E. H., Healed tuberculous ulcers of the intestine and calcium-chloride treatment. A case report. (Fitzsimons gen. hosp, Denver.) (Americ. review of tubercul. Bd. 12, Nr. 1, S. 29—34.) 34, 376.

Solovjev, S., Drei Fälle von Darmperforation, durch Ascariden verursacht. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 305—306.) (Russisch.) 37, 119.

Ssavkov, N. M., Über das peptische Dünndarmgeschwür. (Krankenh. Pensa.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr. Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 459.) (Russisch.) *

Taylor, John, Three cases of acute perforating „ulcer" of the small intestine. (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 5, S. 255—262.) 33, 249.

Winkelbauer, A., Intramesenteriale Perforation eines Darmgeschwüres. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 11, S. 306—307.) 31, 887.

Gascysten der Därme.

Masson, P., La pneumatose entéropéritonéale. Essai pathogénique. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 8, S. 470—483.) 32, 838.

Mills, H. W., Gas cysts of the intestine, with report of three cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 387—400.) 31, 756.

Spirov, V., Zur Frage der Pneumatosis cystoides intestinorum. (Festschr. f. Prof. W. Mysch, Tomsk, S. 182—191.) (Russisch.) 33, 319.

Gutartige und bösartige Dünndarmgeschwülste, Duodenum einbegriffen.

Abramowa, A. N., Zur Lehre vom Carcinom der Papilla Vateri. (Festschrift f. N. Trinkler. Staatsverlag d. Ukraine, S. 112—119. 1925.) (Russisch.) **33**, 132.

Bakács, Georg, Über die Mesenterialsarkome des Darmes und des Meckelschen Divertikels. (Pathol. Inst., Univ. Breslau.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **31**, S. 89 bis 96.) **32**, 111

Bariety et René Huguenin, Un nouveau cas de cancer double du tube digestif. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **95**, Nr. 1/5, S. 31—34.) *

Barrington-Ward, L. E., A case of recurrent enteric intussuception in a child, due to simple tumour. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 800—802.) *

Baumann, M., Ileus durch Invagination bei Polyposis des Dünndarms. (Henriettenstift, Hannover.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 2, S. 58—59.) *

Blumenthal, Ferdinand, Diagnostik des Krebses im Bereich des Verdauungstraktus. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. S. 11—42.) *

Bouvier, Ernst, Über die Polyposis des Magendarmtraktes. (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 763—771.) **31**, 886.

Businco, Armando, Chilangiectasie multiple intestinali. (Istit. d'anat. patol. e patol. gen., univ., Perugia.) (Pathologica Jg. **17**, Nr. 399, S. 351—354.) **32**, 837.

Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Chronische Amöbenrectokolitis und Polyposis intestinalis. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 326—331.) (Spanisch.) **35**, 249.

Comolli, Antonio, Considerazioni diagnostiche su un caso di scirro dell'intestino mesenteriale. (Istit. di studi sup. e di perfezion., univ., Firenze.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 284—290.) **32**, 771.

Czermak, Hans, Über Polyposis intestinalis. (Kantonale Krankenanst., Aarau.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 743—762.) **31**, 757.

D'Agata, Giuseppe, Di un fibroma mixomatode dell'ileo, determinante intussuscezione. Disinvaginazione. Resezione intestinale. Guarigione. (Istit. di patol. e clin. chir., univ., Camerino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 276—283.) *

Danisch, F., Multiple Chylangiektasien mit angiomartiger Proliferation im Dünndarm. (Ein Beitrag zur Pathologie des Chylusgefäßsystems.) (Pathol. Inst., Univ. Jena.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Nr. 14/15, S. 385—392.) *

Dijk, J. A. van, und A. J. F. Oudendal, Adenom des Dünndarms. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 9, S. 966—973.) (Holländisch.) **31**, 559.

Eusterman, George B., David M. Berkman and Theodore S. Swan, Primary carcinoma of the duodenum. Report of fifteen verified cases. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 1, S. 153—163.) **32**, 727.

Fedotjeff, P. P., Zur Kasuistik der primären Dünndarmsarkome im Kindesalter. (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik Prof. Oppels] Bd. **1**, S. 250—258. (Russisch.) **35**, 402.

Fisher, Eric M., Intestinal sarcoma. (Roy. Prince Alfred hosp., Camperdown, Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 14, S. 337—339.) *

Forbus, Wiley D., Argentaffine tumors of the appendix and small intestine. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **37**, Nr. 2, S. 130—153.) **33**, 123.

Grignani, Rodolfo, Sopra un caso di leiomioma dell'intestino tenue. Contributo allo studio dei leiomiomi del tubo digerente. (Istit. di patol. chir. dimostr., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 4, S. 413—440.) **32**, 837.

Guccione, Filippo, Contributo allo studio delle metastasi rare dei sarcomi del tenue. (Istit. di anat. patol., univ., Roma.) (Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. **15**, H. 3, S. 209—230.) **33**, 668.

Henszelmann, Aladár, Beiträge zur Symptomatologie der Darmgeschwülste. (Orvosképzés Jg. **15**, Sonderh., S. 3—10.) (Ungarisch.) *

Joffe, W. A., Das Carcinom der Papilla Vateri. (Med. Fak.-Klin., Univ. Smolensk, Dir. Prof. K. W. Punin.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 17, S. 435—445.) (Russisch.) **33**, 674.

Josselin de Jong, R. de, Beitrag zur Kenntnis der primären isolierten Lymphogranulomatosis des Darmes.) (Pathol. Inst., Univ. Utrecht.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **31**, S. 54—69.) **32**, 345.

Kendall, G. M., and J. W. Corkey, Adenoma of small intestine with intussusception. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 617.) *

Klinkert, H., Die Darmgeschwülste und der Hausarzt. (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 21, S. 485—491 u. H. 22, S. 513—519.) (Holländisch.) *

Koch, Erich, Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Dünndarmsarkome. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 5/6, S. 376 bis 389.) **33**, 314.

Landois, Felix, Über ein Haemangioma cavernosum des Dünndarms. (Elisabeth-Krankenh., Berlin.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 4, S. 685—688.) 32, 375.
Liu, J. Heng, Tumors of the small intestine with especial reference to the lymphoid cell tumors. (Surg. pathol. laborat., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 602—618.) 33, 442.
Loria, Frank L., Primary sarcoma of the intestines. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 201—208.) 33, 488.
Martin, André, Les tumeurs bénignes de l'intestin grêle. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 14, S. 487—491.) 31, 883.
Martin, Joseph-F., Jean Dechaume et Pierre P. Ravault, Carcinoïdes intestinaux et cellules de Kultschitzky. (Laborat. d'anat. pathol., fac. de méd., Lyon.) (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 133, S. 415—430.) 33, 58.
Miller, C. Jeff, Sarcoma of the duodenum: A case report. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 1, S. 27—28.) 32, 465.
Moisescu, V., Polypöse Sarkomatose des Dünndarms. Ileo-ileale Invagination. (Spitalul Jg. 45, Nr. 2, S. 57—59.) (Rumänisch.) *
Morrison, Theodore H., and Maurice Feldman, A case of carcinoma in a duodenal diverticulum with a consideration of duodenal diverticulosis. (Gastro-enterol. clin., dep. of med., univ. of Maryland, Baltimore.) (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 5, S. 403—414.) 34, 375.
Nagel, Gunther W., Unusual conditions in the duodenum and their significance. Membranous obstruction of the lumen, diverticula and carcinoma. (Dep. on pathol. anat. a. div. of surg., Mayo clin., Rochester.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 529 bis 549.) 33, 525.
Niosi, Francesco, Sarcoma primitivo dell'intestino tenue (digiuno) con invaginazione intestinale. (Pisa: Tip. Arsolini-Prosperi 1925. 15 S.) *
Novák, Nikolaus, Durch Adenome verursachte mehrfache Dünndarminvagination. (II. chir. Univ.-Klin., Budapest.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 2, S. 271 bis 276.) 31, 755.
Nuzum, Franklin R., Pellagra associated with annular carcinoma of the terminal portion of the ileum. (Santa Barbara cottage hosp., Santa Barbara, Calif.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1861—1862.) 34, 31.
Pamperl, R., und C. Terplan, Ein Beitrag zur intestinalen Lymphogranulomatose. (Chir. Klin. u. pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ. Prag.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 45, S. 1679—1682.) 33, 823.
Pommay, S., et Seille, Un cas de cancer de la quatrième portion du duodénum. (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 2, S. 141—146.) *
Primrose, Alexander, Primary carcinoma of the small intestine in an octogenarian. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 429—435.) 33, 249.
Ratner, L. M., Sarkome des Dünndarms. (Chir. Univ.-Klin., Perm, Prof. Ratner.) (Kazanskij medizinskij žurnal Jg. 19, Nr. 1, S. 39—49.) (Russisch.) 33, 527.
Reichel, Paul, und Martin Staemmler, Die Neubildungen des Darmes. I. (Stuttgart: F. Enke 1925. X, 380 S. RM. 16.80.) *
Reinecke, R., Cystisches Lymphangiom des Dünndarms als Ursache eines Ileus beim Kinde. (Allg. Krankenh., St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 194, H. 1/2, S. 133—137.) 34, 164.
Ritter, Saul Alfred, Neuroblastoma of the intestine. (Dep. of pathol., Mount Sinai hosp., New York.) (Americ. journ of pathol. Bd. 1, Nr. 5, S. 519—526.) 33, 442.
Rodziński, Ryszard, Zwei seltene Neubildungen der Bauchhöhle. (Klin. chir., univ., Lwow.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 34, S. 761—763.) (Polnisch.) 33, 314.
Sacharov, N., Über das Carcinom des Dünndarms. (Chir.-Fak.-Klin., Dir. Prof. Mirotvodzev.) (Kliničeskij žurnal Saratovskavo universiteta Bd. 1, H. 2, S. 17—24.) (Russisch.) *
Seigermacher, S., Zur Frage der Enterocystome. (II. chir. Fakultätsklin., med. Hochsch., Charkoff, Prof. Schamoff.) (Vračebnoe delo Jg. 7, Nr. 24/26, S. 1416 bis 1421.) (Russisch.) 32, 771.
Sisto, Pietro, La diagnosi precoce del cancro primitivo del duodeno e del pancreas. (Istit. di patol. spec. med. dimostr., univ. Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 37—39.) *
Steiger, W., Nebenpankreas in einem Darmdivertikel als Ursache einer sekundären Invagination. (Krankenh., Wieden, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 33, S. 909—910.) 33, 599.
Vajda, Slavoljub, Blutbild bei Eingeweidekrebs. (Sborník lekařský. Jg. 26, H. 3/4, S. 116—130.) (Tschechisch.) 33, 528.

Wassertrüdinger, O., Intramesenteriales Fibromyom am Jejunum. (Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 187, H. 2, S. 456 bis 458.) 34, 164.
Willis, A. Murat, and Martin Lasersohn, Note on benign tumors of the duodenum. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 952—955.) 34, 30.

Wurmfortsatz.

Anatomie, Physiologie und Pathologie der Appendix.

Achutin, M. N., Zur Kasuistik der Achsendrehungen des Blinddarms, des Colon ascendens und des Colon transversum. (Chir. Abt., milit. Hosp., Čita, Ost-Sibirien. Leiter M. N. Achutin.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik Prof. Oppel Bd. 1, S. 241—245.) (Russisch.) 35, 904.
Brandt, W., Konstitutionsanatomische Untersuchungen am Wurmfortsatz des Menschen. (34. Vers. d. anat. Ges., Wien., Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz. Bd. 60, Erg.-H., S. 208—211.) *
Carisi, Guido, Cinque casi di megappendice. (Div. chir., osp., civ., Venezia.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 12, S. 273—276.) 32, 197.
Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Die Insuffizienz der Ileocöcalklappe. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 124—158.) (Spanisch.) 34, 167.
Dorland, W. A. Newman, Congenital absence of the vermiform appendix. (Dep. of obstetr., post-graduate med. school, Chicago.) (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 44 bis 54.) 34, 852.
Gil Vernet, S., Anatomisch-chirurgische Studie über Blinddarm, Appendix und Colon ascendens. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 2, Nr. 9, S. 213—226.) (Spanisch.) 32, 42.
Heile, Über den Zusammenhang der Antiperistaltik mit der Bauhinschen Klappe und ihre Bedeutung bei den spastischen Darmerkrankungen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 701.
Kowarskij, Ja. I., Zur Kasuistik einer außergewöhnlichen Lage des Wurmfortsatzes. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 21, S. 516—517.) (Russisch.) 35, 41.

Pseudoappendicitis, Bauhinospasmus.

Agote, Luis, Das akute Magenduodenalgeschwür und seine Fehldiagnose als Appendicitis. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 90—103.) (Spanisch.) *
Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Die Insuffizienz der Ileocöcalklappe. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 124—158.) (Spanisch.) 34, 167.
D'Amato, H. J., Eitrige Steincholecystitis, eine Appendicitis vortäuschend. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 300—306.) (Spanisch.) *
Haines, Charles Everett, A phase of hernia too little emphasized. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 2, S. 101—102.) 31, 382.
Horsley, J. Shelton, Unperforated ulcers of terminal ileum, symptomatically simulating appendicitis. (Surg. dep., St. Elizabeth's hosp., Richmond.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 863—867.) 33, 441.
Tichanovič, A. W., Zur Frage der sogenannten Pseudoappendicitis. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. u. Gouvernementskrankenh., Jaroslavl.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 936—946.) (Russisch.) 35, 40.
Wagner, Jerome, Acute mesenteric lymphadenitis following trauma and simulating acute appendicitis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 88, Nr. 3, S. 113 bis 114.) 31, 885.

Appendicitis.

Abrashanoff, A. A., Die Schmerzpunkte bei der Appendicitis. (Festschrift f. N. Trinkler. Staatsverlag d. Ukraine. S. 86—86.) (Russisch.) 33, 122.
Adams, Joseph E., An address on the mortality of appendicitis. (St. Thomas's hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. 3355, S. 723—727.) 32, 43.
Alhaique, Aldo, Le indicazioni operative nell' appendicite acuta. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 6, S. 121—123.) *
Andries, R. C., and M. H. Marks, Appendicitis with an ileo-appendical fistula. (Surg. serv. Providence hosp., Detroit.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 11, S. 812.) *

Aßmann, Hans, Zur Differentialdiagnose zwischen Grippe und Appendicitis. (Filialspit. Wagna bei Leibnitz.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 7, S. 239—242.) 81, 466.
Auer, Charles, Case of pneumonia simulating acute appendicitis and followed by bilateral empyema with complete recovery. (Med. journ. a record Bd. 121, Nr. 5, S. 268—270.) *
Aussprache zur Appendicitisfrage und zu den Erkrankungen des proximalen Dickdarmabschnittes (Deviation, Membranbildungen). (Verhandl. d. russ. 16. Chir.-Kongr. Moskau, 3.—8. V. 19124, S. 582. 1925.) (Russisch.) 85, 404.
Barbier, M., L'intervention précoce systématique dans l'appendicite aiguë. (Clin. chir. fac., Paris.) (Œuvre méd. Jg. 8, Nr. 6, S. 161—167.) 82, 730.
Berger, Hans, Zur Kasuistik der Appendicitis fibroplastica. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 969—971.) 82, 297.
Birt, Ed., Über Appendicitis und appendicitische Abscesse in Mittelchina. (Paulun-Hosp., Schanghai.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 13, S. 683—687.) 81, 884.
Böhm, István, Hydrops appendicis. (Gróf Apponyi Albertpoliklin., Budapest.) (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 47, S. 1061—1067.) (Ungarisch.) 84, 320.
Botez, C. Gheorghe, Appendicitis, Therapeutische Indikationen. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 8/9, S. 360—367 u. Nr. 10, S. 410—417.) (Rumänisch.) *
Bouchard et Laquière, Cancer d'un testicule ectopique apparu après une tentative de cure opératoire et ayant simulé une appendicite pelvienne. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 6, S. 483—487.) 86, 152.
Brams, William A., and Karl A. Meyer, A study of acute, primary typhlitis. (Dep. of surg., Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6, S. 436—437.) 81, 314.
Buchmann, P., Zur Frage des Symptoms Moškowskijs bei Appendicitis. (Chir. Univ.-Klin., Rostov a. Don, Prof. Buchmann.) (Verhandl. d. I. Chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. Don. S. 296—298. 1925.) (Russisch.) 86, 588.
Burckhard, Georg, Appendix und Dysmenorrhöe. (Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg, Bd. 50, Nr. 1, S. 20—22.) *
Burckhard, Georg, Appendicitis und Dysmenorrhöe. (Med. germano-hispano-americ. Jg. 8, Nr. 1, S. 25—29.) (Spanisch.) *
Castaño, Carlos Alberto, Eie neues System zur Diagnose der Appendicitis beim Weibe. Die appendikulare Dysmenorrhöe. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 26, S. 881—884.) (Spanisch.) 84, 165.
Cignozzi, Oreste, La grossa milza malarica nell'etiopatogenesi dell'appendicite. (Div. chir. osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 2, S. 32—34.) 82, 295.
Clavelin, Ch., Le traitement de l'appendicite aiguë par l'intervention précoce et la sérothérapie antigangréneuse combinées. (Clin. méd.-chir., Val-de-Grâce.) (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 26, S. 972—988.) 83, 122.
Cohen, Harry, The combined right inguinal hernia and appendix operation. (Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 6, S. 345.) 82, 415.
Desgouttes, L., Les symptômes minimes dans l'appendicite aiguë. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 81, S. 1346—1348.) *
Discussion on the mortality of appendicitis. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 11, sect. of surg., 4. III. 1925, S. 51—62. 1925.) 83, 344.
Dmitrijewa, E., Pathologisch-anatomische Befunde bei akuter und chronischer Appendicitis. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—9. V. 1924, S. 533.) (Russisch.) 85, 172.
Donald, D. C., Acute retroperitoneal appendicitis. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 5, S. 364—368.) 82, 295.
Düttmann, Über Appendicitisrezidive nach appendicitischen Abscessen. (Chir. Univ.-Klin., Gießen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 33, S. 1870 bis 1871.) 83, 60.
Duggan, D. Joseph, The progress of acute appendicitis at the Boston city hospital from 1880 to the present day. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 6, S. 447 bis 449.) *
Elischer, Ernö, Appendicitis mit Nierensteinsymptomen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 1, S. 3—4.) (Ungarisch.) 81, 467.
Etienne, Deux cas d'appendicite gangréneuse. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 199—201.) *
Field, Martin T., Observations on one thousand appendectomies. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 11, S. 490—494.) 84, 100.
Flandin, Charles, L'opposition entre l'appendicite aiguë et l'appendicite chronique est-elle légitime? (Rev. de méd. Jg. 42, Nr. 9, S. 855—869.) *

Fonio, A., Die Bedeutung der Leukocytose bei der Appendicitis in diagnostischer und prognostischer Hinsicht. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 34, S. 777 bis 783.) **33**, 824.

Forni, Gherardo, Nota sull'amputazione spontanea dell'appendice. (Istit. di patol. chir., univ., Bologna.) (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. 8, Mai-Juni-H., S. 185 bis 189.) **32**, 773.

Gar, G. L., Magengeschwür und Appendicitis in ihrer Beziehung zur Ernährung. (Bogorodsk, Gouvernem. Moskau.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, N. 4, Nr. 32, S. 594—600.) (Russisch.) **35**, 623.

Gargiulo, Giacomo, Un ascesso appendicolare che si svuota nell'intestino. (Rass. internaz. di chir. e terap. Jg. 6, Nr. 4, S. 235—239.) *

Garriga Roca, M., Die Punktion des Douglas als diagnostisches und therapeutisches Hilfsmittel. (Rév. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 22, S. 340—343.) (Spanisch.) *

Ginzberg, M. M., Zur Frage lymphogenen Zusammenhangs der Entzündung des Wurmfortsatzes mit Erkrankungen des Magens. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 559.) (Russisch.) **35**, 171.

Ginzberg, M. M., Zur Frage des lymphogenen Zusammenhanges zwischen der Entzündung des Wurmfortsatzes und einigen Magenerkrankungen. (Chir. Hosp.-Klin., II. Univ., Dir. Prof. P. D. Ssolowoff, Moskau.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 11, S. 391—396.) (Russisch.) **35**, 766.

Gobbi, Luigi, Appendice completamente distaccata dal ceco sede di processo infiammatorio distruttivo-ulcerativo. (Istit. di patol. chir., univ., Modena.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 8, S. 381—389.) **33**, 61.

Gosioskij, S. M., und G. I. Chnoch, Zur Frage über Abhängigkeit einer Wurmfortsatzentzündung von der Lage der Appendix. (Inst. f. topogr. Anat. u. operat. Chir., staatl. Hochsch. d. med. Wiss., Prof. Lissovskaja, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 119—126.) (Russisch.) **35**, 579.

Gray, Henry, Physical factors in the production of appendicitis. Points in diagnosis. Their influence on surgical treatment. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 1, S. 33 bis 38.) **32**, 892.

Haim, Emil, Über Appendicitis vom Gesichtspunkte des praktischen Arztes. (Sonderdruck aus Beitr. z. ärztl. Fortbild. Jg. 3, Nr. 15, 1925, 2 S.) *

Harbitz, H. Fr., Akute hämorrhagische Nephritis nach Appendektomie. (Sykehus, Drammen.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 11, S. 1212—1216.) (Norwegisch.) **35**, 636.

Heile, Die Ursache der akuten Appendicitis im Experiment. (Krankenh. Paulinenstift, Wiesbaden.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 6, S. 209—211.) **31**, 313.

Jennings, Frank D., Post-operative complications of surgery of the gall-bladder and appendix and their surgical management. (Long Island med. journ. Bd. 19, Nr. 2, S. 50—55.) **32**, 526.

Jennings, John E., The gram-positive anaerobes in appendicitis and its complications. (Surg. dep., Brooklyn hosp.) (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 1, S. 1 bis 5.) **31**. 760.

Iliescu, Mihail O., Das Zeichen des rechten Phrenicus bei Appendicitis und ihren Folgen in der Gegend unterhalb der Leber. (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 5, S. 77—96. (Rumänisch.) **33**, 343.

Kaczyński, K., Über die Ungleichmäßigkeit der Steigerung klinischer Symptome im Vergleich zu den anatomischen Veränderungen bei akuter Appendicitis. (II. klin. chir., univ., Warszawa.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 3, S. 39—61.) (Polnisch.) **33**. 746.

König, Ernst, Zur Differentialdiagnose der Appendicitis. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 71, H. 5/6, S. 304—312.) **34**, 165.

Krawčenko, F. K., Appendicitis ohne Appendix. (Anzersche Kohlenwerke, Gouvernement Tomsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 2, S. 276.) (Russisch.) *

Kreutzmann, Henry A. R., The relation of the appendix to the right kidney and ureter. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 518—521.) **31**. 696.

Leendertz, G., Die Diagnose der Appendicitis. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 71, H. 5/6, S. 313—327.) **34**. 166.

Lewin, O., Pathologisch-anatomische Wurmfortsatzveränderungen bei Dysenterie. (Pathol.-anat. Inst., Kinderkrankenh. Rauchfuss, Prof. Ssyssojew, u. chir. Fak.-Klin., staatl. Med. Hochsch., Prof. Rokizkij, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 174—180.) (Russisch.) **34**, 662.

Lintz, William, Appendicitis in 300 cases of asthma and other forms of allergy. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 8, S. 368—370.) **31**, 697.

Llambès, Über einen Fall von Appendikularabsceß. (Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3728, S. 534—535.) (Spanisch.) **32**, 523.

Lossius, Knut, Schwierige Diagnose bei Appendicitis. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 1, S. 41—42.) (Norwegisch.) *
Merklen, Pr., Stulz et Néel, Appendicite mésocaeliaque: Difficultés du diagnostic. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 11, S. 349—351.) 83, 748.
Meyer-May, J., Un cas d'asthme appendiculaire. (Bull. méd. Jg. 89, Nr. 36, S. 983 bis 984.) 33, 591.
Michel, G., V. de Lavergne et E. Abel, Etiologie de l'appendicite gangréneuse. Etude expérimentale. (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 21, S. 786—791.) 34, 100.
Molodaja, E. K., Appendicitis und die Verdauung des Magens. (Verhandl. z. XVI. russ. chir. Kongr., 3.—8. Mai 1924, S. 538. 1925. Moskau.) (Russisch.) *
Moščizkij, I., Beiträge zur Frage über die Selbstamputation des Wurmfortsatzes. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Tomsk, Sibirien, Dr. Polikarpov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 432—448.) (Russisch.) 34, 661.
Mühsam, Richard, Frühdiagnostik und Frühoperation der Appendicitis. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 21, S.855 bis 857.) 32, 345.
Neck, M. van, Orthopédie et appendicite. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 6, S. 511—514.) 34, 166.
Nowland, Reginald E., Acute appendicitis complicated by volvulus at the ileocaecal junction. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 8, S. 187—188.) *
Nuchina, M. V., Zur Frage über die Indikationen zur Appendektomie. (Chir. Fakultätsklin., Univ. Taschkent.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 115—119.) (Russisch.) *
Ochsner, A. J., and Erwin R. Schmidt, Gas bacillus infection originating in a gangrenous appendix. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 911 bis 913.) 33, 147.
Očkin, A., Die akute Appendicitis auf Grund des Materials des städtischen Soldatenkovkrankenhauses in Moskau. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 528.) (Russisch.) 34, 164.
Pascale, G., Appendicite; patogenesi, forme cliniche, terapia. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 1/2, S. 1—51.) 31, 883.
Paus, Nicolai, Statistische Untersuchungen über Appendicitis. (Krankenh., Vestfold, Tönsberg, Norwegen.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 3, S. 271—286.) 33, 120.
Pavlo, Samuel G., Some unusual cases of acute appendicitis. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 1, S. 10—17.) 32, 729.
Petrescu, Georges, et Demètre Lazarescu, L'hydropisie appendiculaire. (Clin. chir., univ., Jassy.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 69, S. 1161—1162.) 33, 61.
Poenaru-Caplesco, Constantin, La cholécystite et la cholélithiase sont souvent d'origine appendiculaire. (Spitalul Jg. 45, Nr. 5, S. 180—188.) *
Preioni, Carlos, Die brüske Temperaturerhöhung bei Appendicitis. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 14, S. 683—692.) (Spanisch.) 37, 523.
Rapp, Die Frühdiagnose der Appendicitis. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 30, S. 1250—1251; Med. Klinik Jg. 21, Nr. 41, S. 1539—1541.) 32, 772.
Riche, V., Deux observations d'appendicitis gangréneuse. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 217—220.) *
Roegholt, M. N., Appendicitis in Niederländisch-Indien. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch-Ind. Bd. 65, H. 5, S. 561—567.) (Holländisch.) 35, 42.
Rosenak, Miksa, Die Verwertung der Symptome der Blinddarmentzündung aus dem Gesichtspunkte der operativen Indikation. (Magyar orvos Jg. 6, Nr. 19, S. 404 bis 407.) (Ungarisch.) 33, 747.
Roux, Jacques, et Raoul Masson, Un cas d'appendicite chez une enfant atteinte de vomissements périodiques avec acétonémie. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 9, S. 551—555.) 32, 773.
Rowlands, R. P., The waste of life from appendicitis. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 1, S. 69—77.) 31, 700.
Rubaschow, S., Über bakteriologische Befunde am Mesenteriolum bei Appendicitis. (Chir. Fak.-Klin., weißruss. Univ.-Klin., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 48, S. 2695.) 33, 825.
Rubašov, G., Appendicitis, Cholecystitis, Cholelithiasis. (Chir. Univ.-Klin., Minsk.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 354—365.) (Russisch.) 36, 275.
Ruge, Heinrich, Einige Bemerkungen zur Ätiologie der Appendicitis. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 40, S. 1915—1916.) 36, 710.
Schapiro, M., Frühoperation bei akuter Appendicitis. (Chir.-propädeut. Klin., weißruss. Univ., Prof. Sokolowskij, Minsk.) (Belarusskaja medizinskaja mysl' Jg. 2, Bd. 1, Nr. 4/5, S. 112—116.) (Weißrussisch.) *

Seelig, M. G., Diseases of the appendix. (Jewish hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1369—1379.) **34**, 318.

Sherren, James, An address on appendicitis. (London hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. **3355**, S. 727—730.) **32**, 43.

Short, A. Rendle, Clinical lectures on appendicitis: Its causation, diagnosis, and treatment. Part I. (Lancet Bd. **208**, Nr. 5, S. 215—219.) **31**, 466.

Short, A. Rendle, Clinical lectures on appendicitis: Its causation, diagnosis and treatment. Pt. II. (Lancet Bd. **208**, Nr. 6, S. 269—271.) **31**, 314.

Tejerina Fotheringham, W., Ein Fall von traumatischer Appendicitis. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 53, S. 1681—1682.) (Spanisch.) **34**, 660.

Tichomirov, D. P., Bedeutung der sozialen Faktoren in der Ätiologie der Appendicitis. (Vvedenije w socialnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej Moskau S. 125—140.) (Russisch.) **35**, 170.

Tresidder, A. G., An interesting sign in retro-caecal appendicitis. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 8, S. 376.) **33**, 121.

Vanverts, J., Faut-il enlever systématiquement l'appendice au cours des laparotomies? (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. **14**, Nr. **6**, S. 470—471.) *

Walc, J., Seltene Nierenkomplikationen in Fällen von Appendicitis. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 2, S. 34—40.) (Polnisch.) **35**, 636.

Warren, Shields, The etiology of acute appendicitis. (Pathol. laborat., Boston city hosp.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 2, S. 241—246.) **31**, 759.

Willis, Byrd Charles, Appendicitis and transposition of the viscera. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 256—259.) **33**, 59.

Zimmermann, B. F., Atypical appendicitis: With especial reference to diagnosis. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 11, S. 270—272.) **33**, 825.

Fremdkörper und Würmer in der Appendix.

Adám, L., Gallensteine im Wurmfortsatz. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 316.

Drigalski, W. v., und E. W. Koch, Über die Bedeutung des Wurmfortsatzes für die Entwicklung der Oxyuren. Untersuchungen an 200 Schulkindern. (Städt. Gesundheitsanst, Halle.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 8, S. 309—311.) *

Harris, William H., and Donovan C. Browne, Oxyuris vermicularis as a causative factor in appendicitis. (Dep. of pathol., Tulane univ. of Louisiana school of med., New Orleans.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 9, S. 650—654.) **31**, 697.

Hermans, A. G. J., Ein seltener Fund in einem operativ entfernten Wurmfortsatz. (Chir. klin., St. Franciscusgasth., Rotterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 15, S. 1725—1730.) (Holländisch.) **31**, 885.

Lediard, H. A., Ova of oxyuris in the appendix. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 11, S. 762—763.) **33**, 747.

Mateo Milano, Fremdkörper im Appendix. (Hosp. del niño Jésus y hosp. prov., Madrid.) (Pediatria española Jg. **14**, Nr. 158, S. 350—356.) (Spanisch.) *

Neumann, Rudolf, Über Härchenbefunde in Kotsteinen, ein Beitrag zur Kenntnis ihrer Entstehung. (Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **258**, H. 3, S. 783—794.) **34**, 99.

Steichele, Hermann, Appendicitis und Oxyuren. (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 373—381.) **32**, 43.

Vermooten, Vincent, Appendiceal lithiasis. (Report of a case in which there was one very large and three smaller enteroliths.) (Dep. of surg., Yale univ., school of med., a. surg. clin., New Haven hosp., New Haven.) (Boston med. a. surg. Bd. **193**, Nr. 16, S. 718—720.) **33**, 592.

Verne, J., Etude histologique d'un cas d'appendicite à oxyures. (Ann. de parasitol. Bd. **3**, Nr. 1, S. 60—67.) **31**, 697.

Villette, Jean, Tumeur inflammatoire par corps étranger de l'appendice. Diagnostic radiographique. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 10, S. 445—446.) **34**, 662.

Wassertrüdinger, O., Appendixsteine. (Städt. Krankenh. Westend, Charlottenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 38, S. 2123—2124.) **33**, 344.

Appendicitis in der Kindheit und im Greisenalter.

Brown, G. van Amber, Appendicitis in children, with report of cases. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **9**, Nr. 4, S. 463—472 u. 549—555.) **32**, 729.

Gray, A. L., The diseased appendix as a cause of acidosis in children. (McGuire clin., Richmond.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 5, S. 436 bis 438.) **34**, 660.

Hermans, A. G. J., Über Appendicitis im höheren Lebensalter. (St. Franciscusgasth., Rotterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 20, S. 2188 bis 2195.) (Holländisch.) **84**, 165.

Hill, Walter B., and Cleon C. Mason, Prenatal appendicitis with rupture and death. (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. **29**, Nr. 1, S. 86—87.) **81**, 885.

Maes, Urban, Appendicitis in the aged. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **78**, Nr. **3**, S. 117—122.) **88**, 121.

Nobécourt, P., Syndromes coliques et appendiculaires chez les enfants. (Rev. prat. des maladies des pays chauds Jg. **8**, Tl. IV, Nr. 9, S. 1229—1238.) **88**, 591.

Ochsenius, Kurt, Herabsetzung des Patellarreflexes, ein objektives Symptom bei Epityphlitis im frühen Kindesalter. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 17, S. 694.) **82**, 346.

Poenaru-Căplescu, Appendicitis bei Kindern und jungen Menschen. Antiologie und Pathogenese. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 12, S. 431—433.) (Rumänisch.) *

Poucel, J., et Georges Darcourt, Peut-on diagnostiquer les hernies du cœcum et de l'appendicite chez l'enfant? (Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2048, S. 3403 bis 3407.) **84**, 587.

Pozzo, Fernando, Pneumonie und Appendicitis bei Kindern. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 24, S. 1267—1268.) (Spanisch.) *

Schönbauer, L., Über Altersappendicitis. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 13, S. 751—753.) **81**, 885.

Wolf, Zur Differentialdiagnose der Appendicitis beim älteren Kleinkind. (Zugleich Bemerkung zur Arbeit Strauch: Über Kolikschmerzen im Kindesalter, in Nr. 2 dieser Wochenschrift.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **8**, S. 304.) **81**, 697.

Appendix und weibliche Geschlechtsorgane.

Andler, R., Eine durch Appendicitis infizierte Hydrocele muliebris, eine Brucheinklemmung vortäuschend. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 22, S. 1171—1173.) **82**, 381.

Barber, D. N., and J. R. Miller, Acute appendicitis during labor operation-recovery. (Obstetr. serv., Hartford hosp., Hartford.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 16, S. 720—721.) *

Burckhard, Georg, Appendicitis und Dysmenorrhöe. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **8**, Nr. 1, S. 25—29.) (Spanisch.) *

Burckhard, Georg, Appendix und Dysmenorrhöe. (Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg, Bd. **50**, Nr. 1, S. 20—22.) *

Castaño, Carlos Alberto, Ein neues Symptom zur Diagnose der Appendicitis beim Weibe. Die appendikulare Dysmenorrhöe. (Prensa méd. argentina Jg. **11**, Nr. 26, S. 881—884.) (Spanisch.) **84**, 165.

Fink, Karl, Die Diagnose und Differentialdiagnose der Appendicitis bei Frauen. (St. Elisabeth-Krankenh., Königsberg.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **71**. H. 5/6. S. 328—338.) **84**, 166.

Korach, Appendicitis und Ovarialblutungen. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 29, S. 1199—1200.) **82**, 773.

Kreis, J., A propos du diagnostic différentiel de l'appendicite chronique d'emblée chez la femme et la conduite à suivre. (Clin. obstétr. et gynécol, univ., Strasbourg.) (Gynécologie Jg. **24**, Juni-H., S. 342—353.) **85**, 246.

Maortua und González Duarte, Appendicitis und Schwangerschaft. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 546—549.) (Spanisch.) **37**, 828.

Pfeiffenberger, Mather, Ectopic pregnancy and acute appendicitis. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 2, S. 104—109.) *

Pozsonyi, Jenö, Über die Differentialdiagnose bei Appendicitis und Erkrankungen der weiblichen Genitalien. (Magyar orvos Jg. **6**, H. 5, S. 92—94.) (Ungarisch.) **81**, 758.

Promptov, I., Zur Differentialdiagnose der akuten Appendicitis und der Erkrankungen der inneren Geschlechtsorgane bei Frauen. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Irkutsk, Sibirien, Prof. Lewit.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 180—188.) (Russisch.) **84**, 661.

Sachs, E., Zur Differentialdiagnose der Blinddarm- und der Eierstockentzündung (Bauchdeckenschmerz und Parametritis posterior). (Krankenh., Lankwitz-Berlin) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 7, S. 353—356.) **88**, 122.

Sachs, E., La diagnosi differenziale fra l'appendicite e l'ovarite. (Gaz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 38, S. 894—896.) *

Ssokolov, F. A., Gleichzeitige Erkrankung der weiblichen Adnexe und des Wurmfortsatzes. (Kijevskaja medicinskaja žižn Jg. **1**, Bd. 1, Nr. 1, S. 57—62.) (Russisch.) **85**, 521.

Troizkaja, A. M., Zur Frage über das Abhängigkeitsverhältnis zwischen Erkrankungen des Wurmfortsatzes und der Uterusadnexe. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., I. Univ., Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 185—188.) (Russisch.) **35**, 171.

Komplikationen bei Appendicitis.

Ascoli, Manfredo, Sulla questione dell'ematuria nell'appendicite. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 11, S. 385—386.) **32**, 773.

Baludina, G., Ein Fall von diffuser Peritonitis nach Appendicitis. (Spitalul Jg. **45**, Nr. **6**, S. 228—229.) (Rumänisch.) *

Barbier, M., Appendicite et occlusion intestinale aiguë. (Clin. chir., fac., Paris.) (Œuvre méd. Jg. **8**, Nr. 1, S. 1—7.) **33**, 592.

Chiari, O. M., Zur Erkennung und Behandlung der Mesenterialvenenerkrankung nach Appendicitis. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 27, S. 998 bis 1000.) **32**, 730.

Chiari, O. M., Über die Diagnose und Behandlung der postappendicitischen Erkrankungen der Mesenterialvenen. (Clin. quir., univ., Innsbruck.) (Vox med. Jg. **5**, Nr. 8, S. 419—424.) (Spanisch.) **33**, 591.

Fromme, Albert, Ist operative Heilung einer eitrigen Trombophlebitis im Gebiete der Vena ileocolica noch im Spätstadium möglich? (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 9, S. 450—454.) **31**, 456.

Gargiulo, Giacomo, Un ascesso appendicolare che si svuota nell'intestino. (Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. **6**, Nr. 4, S. 235—239.) *

Groulard, Iwan, L'iléus mécanique au cours de l'appendicite aiguë. (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. **59**, Juni-H., S. 31—37.) **32**, 730.

Harbitz, H. Fr., Akute hämorrhagische Nephritis nach Appendektomie. (Sykehus, Drammen.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 11, S. 1212—1216.) (Norwegisch.) **35**, 636.

Jennings, Frank D., Post-operative complications of surgery of the gall-bladder and appendix and their surgical management. (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 2, S. 50—55.) **32**, 526.

Koch, Konrad, Nachtrag zu meiner Mitteilung: „Zur Kenntnis der Spätrezidive nach appendicitischem Absceß", in Nr. 9, 1924 des Zentralbl. f. Chir. (Chir. Univ.-Klin. Köln-Lindenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 11, S. 581—582.) **31**, 699.

Leveuf, Jacques, et A. Moruzi, Volvulus de l'appendice iléo-caecal. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 10, S. 1005 bis 1011.) **34**, 321.

Mirer, V., Zur Kasuistik seltener Fälle der Lokalisation appendikulärer Abscesse. (Chir. Fak.-Klin., Weißruss. Univ. Minsk, Prof. Rubaschew.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1354—1355.) (Russisch.) **35**, 766.

Nather, Carl, and Alton Ochsner, The left sided abdominal abscess as a complication of appendicitis. (Surg. clin., univ., Zürich.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. **4**, S. 495—498.) **31**, 885.

Navarro, Juan Carlos, Leberabsceß mit Appendicitis. (Rev. de las soc. argentinas de nipiol. y pedriatría Jg. **1**, Nr. 4, S. 153—157.) (Spanisch.) *

Novaro, N., Peritonite libera siero-purulenta da appendiciti acuta che simula lo strozzamento erniario. (Osp. di S. M. delle Nevi, Sinalunga, Siena.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 41, S. 965—969.) *

Poenaru-Căplescu, C., Transfusion bei septischer Peritonitis nach Appendicitis und bei akuten Infektionen. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 7/8, S. 250—253.) (Rumänisch.) *

Roth, M., Appendicitis und Darmverschluß. (Clin. chir., univ., Cluj.) (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 3, S. 252—258.) (Rumänisch.) *

Schwartz, Anselme, L'appendicite pelvienne. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 4, S. 94 bis 95.) **31**, 468.

Sosnovski, A., Über retroperitoneale Abscesse nach Blinddarmentzündung. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Odessa.) (Permskij medičinskij žurnal Bd. **2**, Nr. 3/5, S. 83—88.) (Russisch.) *

Vaquié, G.-E., Péritonite localisée ou généralisée après l'appendicectomie. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 5, S. 109—110.) *

Vulliet, H., Accidents rares d'origine appendiculaire. (Hosp. de l'enfance, Lausanne.) (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 14, S. 889—893.) **34**, 319.

Wale, J., Seltene Nierenkomplikationen in Fällen von Appendicitis. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 34—40.) (Polnisch.) **35**, 638.

Warren, Richard, Appendicitis as a cause of intestinal obstruction. (Bristol. med.-chir. journ. Bd. **42**, Nr. 155, S. 23—32.) **31**, 315.

Chronische Appendicitis.

Basset, Antoine, Périduodénite et appendicite. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. 15, Nr. 9, S. 893—920.) 34, 167.

Binaghi, R., Appendicite cronica. Rilievi clinici. (Istit. di clin. chir., univ., Cagliari.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 291—310.) 32, 774.

Brunon, Raoul, Doit-on opérer l'appendicite chronique? (Paris méd. Jg. 15, Nr. 32, S. 129—131.) 32, 893.

Chamberlain, Chas. T., The chronic appendix. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 239—242.) 33, 825.

Ciarlo, Fernando E., Gastro-colo-hepatoptose, Typhlo- und Gastrektasie. Chronische Appendicitis. Operatives Vorgehen. Kasuistische-Beiträge. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 22, S. 1148—1158.) (Spanisch.) 32, 524.

Cunningham, T. D., Stasis in the ascending colon simulating chronic appendicitis. (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 480—485.) 36, 589.

Dmitrijewa, E., Pathologisch-anatomische Befunde bei akuter und chronischer Appendicitis. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 533.) (Russisch.) 35, 172.

Ehrlich, Franz, Zur Frage der chronischen Appendicitis. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 36, H. 1/2, S. 114—120.) 33, 748.

Goebel, Carl, Über den Begriff der chronischen Appendicitis. (10. Tag. d. südostdtsch. Chir.-Vereinig., Beuthen O.-S., Sitzg. v. 28. II. 1925.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 3. S. 413—420.) 33, 344.

Goebel, Carl, Über chronische Appendicitis. (Med. germano-hispano-americ. Jg. 8, Nr. 1, S. 19—25.) (Spanisch.) *

Gray, Irving, (Left) shoulder pain of phrenic origin — a reflex symptom in chronic appendicitis. With a report of three cases. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 6, S. 894—899.) 34, 167.

Huguier, Alphonse, Etude critique de l'appendicite chronique. (Hôp. St.-Joseph, Paris.) (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 5, S. 65—68.) *

Iaure, G. G., Zur Symptomatologie der chronischen Appendicitis. Appendicitis und Mesenteriolitis. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 536.) (Russisch.) 35, 173.

Kreis, J., A propos du diagnostic différentiel de l'appendicite chronique d'emblée chez la femme et la conduite à suivre. (Clin. obstétr. et gynécol., univ., Strasbourg.) (Gynécologie Jg. 24, Juni-H., S. 342—353.) 35, 246.

Lyon, Gaston, Le diagnostic de l'appendicite chronique. (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 43, S. 1137—1144.) 33, 825.

Melchior, Eduard, Zur Beurteilung der anfallsfreien chronischen Appendicitis in praktisch-therapeutischer Hinsicht. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 5, S. 250—254.) 32, 346.

Menninger, William C., and Hall G. Holder, The relation of total and polymorphonuclear leucocyte counts in chronic appendicitis. (Bellevue hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 960—963.) 34, 100.

Morris, Robert T., Exhibition of charts illustration points in differential diagnosis in certain abdominal conditions. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 9, Nr. 4, S. 486—489 u. 557—560.) 32, 143.

Narbekow, A. P., Chronische Appendicitis und ihre Ursachen. (Zentr. Krankenh., Kostroma.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 928—935.) (Russisch.) *

Neumann, W., Die chronische Appendicitis nach Angaben des städtischen Soldatenkovkrankenhauses in Moskau. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 30.) (Russisch.) 34, 165.

Pawlenko, B. A., Die chirurgische Anatomie der chronischen Appendicitis. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 542.) (Russisch.) 35, 172.

Prževalski, E., Zur Diagnose der chronischen Appendicitis. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 45.) (Russisch.) 37, 523.

Przewalsky, B., Zur Diagnostik der Appendicitis chronica. (Chir. Abt., I. Militärhosp., Charkow.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 20, S. 1078—1079.) 32, 197.

Schnack, A. G., Chronic appendicitis. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 5, S. 438—441.) 32, 523.

Starr, F. N. G., Chronic appendicitis, or what? (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 3, S. 63—66.) 33, 59.

White, Franklin W., The clinical importance of chronic changes in the appendix. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 1, S. 12—21.) 31, 698.

Wolkoff, W. F., Zur Diagnostik der chronischen Appendicitis. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 7/8, S. 177—178.) (Russisch.) 35, 42.

Appendix in Hernien.

Carisi, Guido, L'ernia appendicolare. (Div. chir., osp. civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 3, S. 283—329.) **32**, 604.

Colombano, Mario, L'ernia del cieco e dell'appendice nel canale inguinale di sinistra. (Osp. magg. [Milano] Jg. **18**, Nr. 5, S. 142—144.) **32**, 888.

Gouwe, W. F. K., Appendicitis in einer Hernia femoralis dextra. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 11, S. 1247.) (Holländisch.) *

Grignani, Rodolfo, Appendiciti erniarie. (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**. H. 6, S. 809—850.) **34**, 716.

Hodgson, Norman, Strangulated femoral hernia associated with an appendix abscess in the hernial sac. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 50, S. 386.) *

Palma, Raffaele, Patogenesi e anatomia pathologica dei falsi strozzamenti negli appendicitici erniosi. (Osp. civ., Cosenza.) (Arch. ital. di chir. Jg. **4**, H. 3, S. 255 bis 270.) **32**, 197.

Ssalistšchew, B. E., Ein Fall von Appendicitis im Schenkelbruch. (Chir. Fak.-Klin., I. Moskauer Univ.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 245—250.) (Russisch.) *

Trofimov, P. E., Zwei Fälle von Appendicitis im Bruchsack. (Kreis-Krankenh., Taganrog.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 158—160.) (Russisch.) *

Vila, E. L., und G. F. Nunes, Appendicitis herniaria. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 39, S. 791—792.) (Spanisch.) *

Technik der Appendicitisoperationen, Appendixausschaltung und Appendicostomie.

Bonneau, Raymond, Drainage de l'appendicite à chaud. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 48, S. 804—805.) *

Bressot, L'appendicectomie secondaire à l'ouverture simple des abscès appendiculaires. (Sud. méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2053, S. 3683—3684.) **34**, 320.

Faure, J.-L., Le drainage dans l'appendicite à chaud. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 80, S. 1329.) **33**, 591.

Fowler, Frank E., Hernia following the use of the McBurney incision in operations for appendicitis. (II. surg. div., New York hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 2, S. 525—527.) **31**, 752.

Hernández, Rodolfo V., Die Verbindung des Mesoappendix mit den Stumpfversenkungsfäden bei der Entfernung des Appendix. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 8, S. 405 bis 409.) (Spanisch.) **31**, 700.

Jovčić, Die Unterbindung des Blinddarmstumpfes bei der Appendektomie ist überflüssig. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 6, S. 279—281.) (Serbo-kroat.) **33**, 61.

Maloney, John J., The „ligation and drop" treatment of the appendectomy stump. Results of 3500 cases. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 260—263.) **33**, 61.

Mankuss, G. F., Zur Behandlung der Colitis ulcerosa gravis mit Appendicostomie. (Med. Klin., Mittelasiat. Univ., Taschkent, Prof. Slonim.) (Turkestanski medizinski žurnal Bd. **4**, H. 1, S. 42—45.) (Russisch.) **33**, 278.

Muller, George P., Technical aspects of acute appendicitis. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 11, S. 749—756.) *

Roeder, C. A., Appendectomy. A study in technic. (Dep. of surg., Wise mem. hosp., Omaha.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 1, S. 18—24.) **32**, 728.

Rubašoff, S., Invagination des Mesenteriums des Appendix bei Entfernung desselben. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 21, S. 1650.) (Russisch.) **35**, 246.

Schaefer, Paul, Operative Invagination des Wurmfortsatzes. (Städt. Krankenh., Offenburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 29, S. 1192—1194.) **32**, 730.

Seyberth, Ludwig, Zur Frage der Stumpfversorgung nach Appendektomie. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 45, S. 2525—2526.) **33**, 591.

Tichonowič, A. W., Einige Fälle von Heilung bei Colitis ulcerosa s. haemorrhagica chr. auf operativem Wege (Appendicostomia.) (Chir. Univ.-Klin. u. Gouvernementskrankenh., Jaroslaw.) (Russkaja klinika Bd. **41**, Nr. 18, S. 611—618.) (Russisch.) **35**, 838.

Wallace, R. B., Appendectomy under local anesthesia. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **77**, Nr. 9, S. 377—378.) **31**, 699.

Appendixtuberkulose.

Coley, Bradley L., Tuberculosis of Meckel's diverticulum associated with tuberculous appendix. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 4, S. 519—528.) **34**, 162.

Razzaboni, Giovanni, La tubercolosi ipertrofica isolata della appendice vermiforme nel decorso della peritonite tubercolare ascitica. (Istit. di patol. spec. chir. dimostrativa, univ., Parma.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 41, S. 965—967.) **88, 593.**

Appendixdivertikel.

Böhm, István, Hydrops appendicis. (Gróf Apponyi Albertpoliklin., Budapest.) (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 47, S. 1061—1062.) (Ungarisch.) **84, 320.**

Dunet, Ch., Diverticules de l'appendice. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 24, S. 727—729.) *

Faykiss, F., Über angeborene Divertikel des Wurmfortsatzes. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **84, 167.**

Fáykiss, Franz v., Angeborenes Divertikel des Wurmfortsatzes. (Städt. Krankenh. St. Ladislaus, Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 47, S. 2647—2649.) **88, 826.**

Gullotta, Giovanni, Sui diverticoli dell'appendice. Un caso di diverticolo congenito. (Istit. di anat. patol., univ., Catania.) (Sperimentale Jg. 79, H. 3/4, S. 263 bis 287.) **82, 524.**

Schmincke, Alexander, Zur Kenntnis der angeborenen Divertikel der Appendix. (Pathol. Inst., Univ. Tübingen.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 3, S. 771—781.) **81, 701.**

Pseudomyxom der Appendix, Cysten der Appendix.

Déchaume, Michel, Kyste de l'appendice. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 136, Nr. 28, S. 43—45.) *

Gridnew, A. P., Zur Pathogenese der Appendixcysten. (Gori, Gouv. Tiflis.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 79—85.) (Russisch.) **83, 61.**

Margarucci, O., Mucocele dell'appendice, suoi rapporti col pseudomixoma del peritoneo. (Due casi clinici.) (Policlin. Umberto I., Roma.) (Sonderdruck aus: Bull. e atti d. reale accad. med. di Roma Jg. 51, 28 S.) **82, 523.**

Megevand, Emile-Ch., Appendice géant contenant une collection de grains colloïdes (Myxoglobulose). (Inst. méd.-lég., univ., Genève.) (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 8, S. 525—531.) **82, 893.**

Milliken, Gibbs, and C. A. Poindexter, Mucocele of the appendix with globoid body formation. (Laborat. of pathol., med. dep., univ. of Texas, Galveston.) (Americ. journ. of pathol. Bd. 1, Nr. 4, S. 397—402.) **82, 775.**

Minervini, Raffaele, Pseudomixoma peritoneale incistato di origine appendicolare in uomo adulto. (Arch. ital. di chir. Bd. 18, S. 150—160.) **82, 893.**

Wegener, Ernst, Ileus durch Schleimcyste des Processus vermiformis. (Pathol. Inst., Univ. Würzburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 971—975.) **82, 298.**

Geschwülste der Appendix.

Berg, Henry J. van den, and William McK. German, Intra-appendical polyp. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 522—524.) **81, 760.**

Cipollino, Ottavio, Un caso di carcinoma primitivo dell'appendice vermiforme. (Osp. magg. d. Carità, Novara.) (Arch. ital. di chir. Bd. 18, S. 311—317.) **82, 774.**

Forbus, Wiley D., Argentaffine tumors of the appendix and small intestine. (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. 37, Nr. 2, S. 130—153.) **88, 123.**

Horn, Harry W., Polyposis of the appendix vermiformis with intussusception of the appendix. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 1002—1006.) **82, 731.**

Humiston, Charles E., and Eugene C. Piette, True cholesteatoma of the cecum. (West suburban hosp., Oak Park, Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 12, S. 874—876.) **82, 44.**

Laroyenne, L., et P. Ravault, Tumeur argentaffine de l'appendice iléocœcal. Hydroappendice révélateur. (Lyon méd. Bd. 136, Nr. 30, S. 91—96.) **82, 894.**

Léorat, Louis, Les tumeurs solides de l'appendice. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 25, S. 405—411 u. Nr. 27, S. 437—443; Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 4, S. 296 bis 305.) **82, 198. 82, 347.**

Martin, Joseph-F., Jean Dechaume et Pierre P. Ravault, Carcinoïdes intestinaux et cellules de Kultschitzky. (Laborat. d'anat. pathol., fac. de méd., Lyon.) (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 133 S. 415—430.) **83, 58.**

Meyer, K. E., Krebs und Carcinoid des Wurmfortsatzes. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen. H. 2, S. 109—134.) (Russisch.) **85, 248.**

Moran, H. M., Cancer of the appendix. (Med. journ. of Australia Bd. **2**, Nr. 7, S. 195 bis 196.) **33**, 826.
Ortynský, J. Ch., Carcinoid der Appendix und des Dünndarms. (Časopis lékařu českých Jg. **64**, Nr. 19/20, S. 775—783.) **32**, 298.
Outerbridge, Geo W., Cystic lesions of possible endometrial origin in the appendix. A report of four cases. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **10**, Nr. **4**, S. 545 bis 552.) **33**, 825.
Präbsting, W., Vier Fälle von Carcinoid des Wurmfortsatzes. (Chir. Fak.-Klin., II. Univ. Moskau, Direktor: Prof. F. Rein.) (Russkaja klinika Jg. **2**, Bd. **3**, Nr. 12, S. 606—619.) (Russisch.) **34**, 101.
Rehren, Werner von, Ein Fall von malignem Carcinoid des Wurmfortsatzes (mit besonderer Berücksichtigung der argentaffinen Granula). (Allg. Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Nr. **13**, S. 355 bis 357.) **33**, 123.
Shaw, Ernest H., Carcinoma of the vermiform appendix. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 130—143.) **32**, 893.

Dickdarm und Mastdarm.

Übersichtsreferat.

Von

Carl Goebel, Breslau.

Die Mastdarm- und Dickdarmerkrankungen im allgemeinen haben vom angelsächsischen Standpunkt aus in dem Lehrbuch von Lockhart-Mummary eine gute Darstellung gefunden.

Aus Anatomie und Physiologie ist folgendes zu erwähnen:

Die Blutversorgung des Dickdarms untersuchte Seldowitsch. Die Art. colica media access., die die Prognose der Kolonreaktion wesentlich bessert, fand er in 25%.

Die auf Röntgenstudien beruhenden Arbeiten brachten Kantor und White (anscheinend unabhängig von einander) zur Aufstellung des „überlangen" Dickdarms, das vielfach die Ursache gastro-intestinaler Störungen und für Volvulus Vorbedingung sein soll. Immerhin haben aber andererseits zwei Drittel der Fälle keine Symptome, nach White sogar 96%! Eine zweite röntgenologische und klinische Studie gibt Kantor über den „tiefstehenden Blinddarm". Eine Operation will er nur zugeben bei Coecum-Volvulus.

Mosher bringt das Verhältnis der Distanz vom Sternum bis zur Symphyse zur Länge des Sternums, den Angulus infraspinalis, die mehr oder weniger ansgesprochene Dünne und Schwäche des Rectus und die Diastase der Recti in Beziehungen zur Enteroptose und zur V-Form des Kolons. Nach Ssofoterow (Kljutscharew) soll die Höhe des Nabels von der Schamfuge auf Anomalien der Baucheingeweide deuten.

Klingenstein berechnete im Durchschnitt etwa 100 Appendices am Dickdarm: das Gewicht derselben macht etwa ein Viertel des Gewichtes des großen Netzes aus. Physiologisch scheinen sie eine ähnliche Funktion wie letzteres zu haben (schützend und resorbierend).

Kongenitale Anomalien des Kolons infolge unvollkommener Entwicklung beobachtete Rhodes in drei Fällen bei hoch, in Höhe des Rippenbogens, sitzendem Appendix (mit Appendicitis acuta). Ssawenkoff fand einen geschwulstartig aufgeblähten Querdarm hinter dem Magen und oberhalb der kleinen Kurvatur. Ursache: Fehlen des Mesenteriums der linken Querdarmhälfte.

Bulman sah einen Coecumvolvulus mit Gangrän infolge starker Anomalien, die durch fehlende Drehung der mittleren Darmschlinge während des zweiten Stadiums der intestinalen Drehung erklärt werden. Siehe auch unten die Arbeit von Öhmann **(Coecumvolvulus)!**

Nach Bionchi ist zu unterscheiden das Unterbleiben der Fixation des Coecums in der rechten Beckenschaufel (d. h. mobiler Hochstand derselben) und die frühe Verlötung des Dickdarms im linken Unterbauch: Verhinderung des Aufsteigens des S Romanum während seiner Längsentwicklung. Drei Fälle von nicht herabgestiegenem Coecum beschreibt Mac Lean.

Mc Connell gibt eine ausführliche Studie über das Kolon ascendens, resp. seine Fixation, sein Mesokolon und seine Ptose, Beziehungen zur rechten Niere und zum Duodenum. Das Kolon mobile kann oft erst spät im Leben, wenn überhaupt, Beschwerden machen, hauptsächlich infolge Überdehnung durch unrichtige Nahrungsaufnahme. Werden die Beschwerden regelmäßig durch eine bestimmte Lagerung behoben, ist die Annahme einer mechanischen Störung berechtigt und die Kolopexie die Operation zur Behebung. Die Varianten der Form und Lage des Coecums finden bei Lissitzyn eine gute Darstellung.

Klinisch wichtige Varianten der Form und Lage des Dickdarms sind nach Melnikoff: 1. Alle Schlingen des Dickdarms liegen unregelmäßig, wie Dünndarmschlingen, das Ileum mündet ins Coecum von rechts her. 2. Das Coecum liegt quer und bildet bei seinem Übergang zum Kolon ascend. eine Flexur. 3. Das Kolon transv. besteht aus drei nahezu parallel verlaufenden Darmröhren. 4. Das Coecum ist lang und hoch, der Wurmfortsatz mündet oberhalb der Ileummündung.

Eine seltene Anomalie der Dickdarmlagerung fand Malinowski bei einem Mann, der nach Heben einer schweren Last plötzlich unter Schmerzen starb. Der Dickdarm lag in toto links; Coecum neben dem Pylorus, durch das Mesokolon an die Wirbelsäule befestigt. In der vorderen Taenia coeci ein 9 cm langer Serosariß, der durch Überstreckung des kurzen Mesokolons bei der Streckung der Wirbelsäule entstanden sein soll.

Als-Nielsen sah zweimal Volvulus des Coecums infolge kongenitaler Ursache (s. a. unten chronische Intussusceptionsursache!).

Der Tractus sphinctericus coecocolicus findet durch Hirsch, besonders auf Grund von Röntgenuntersuchungen, eine ausführliche Darstellung. Es wird das coecale Kolon oberhalb der Valvula Bauhini vom eigentlichen Coecum unterschieden. Die Grenze gegen das Kolon ist eine Art Sphincter, der am gehärteten Leistenpräparat nachweisbar ist. Oberhalb dieses Sphincters beginnt das proximale Kolon. Im coecalen Kolon spielen sich peri- und antiperistaltische Bewegungen ab, reguliert durch chemische Einflüsse auf ein lokales Nervensystem. Auch spastische Zustände sind an diesem Sphincter nachweisbar (s. a. pericolische Membranen, Ref.).

Von physiologischen Beobachtungen ist die Schönbauers über retrograde Peristaltik hervorzuheben: Lykopodiumeinläufe können im Erbrochenen erscheinen. Die Antiperistaltik wird durch Vaguslähmung abgeschwächt. Ganter und Stattmüller studierten die Dickdarmbewegungen („kleine“ und „große“). an einem Anus praeternaturalis. Heile bespricht die Beziehungen zwischen der Antiperistaltik des Dickdarms und des Dünndarms, die Rolle des Valv. Bauhini, deren Schwächung wenigstens vorübergehend den Eintritt normaler Dickdarmtätigkeit befördern hilft. Antiperistaltik und spastische Verhaltung am proximalen Dickdarmteil hängen von Reizpunkten an der Bauhinschen Klappe usw. ab. Morse führt eine Reihe sehr häufiger Symptome, wie Übersäure, Rheumatismus, Neuralgie auf Kotstauung im Ileum infolge mangelhafter Schlußfähigkeit der Valv. ileocoecalis zurück (Diagnose durch Röntgeneinlauf). Also Lanesche Gedankengänge!

Von technischen Besonderheiten sei auf die Hautkanalplastik zum Anlegen eines Verschlußapparates beim Anus iliacus nach Kappis hingewiesen, die Ref. nur rühmen kann. Goldschmidt gibt eine neue Methode des Sphinderersatzes beim Anus praeter an, die mir aber eher komplizierter scheint als die älteren. Kleinschmidt gibt genaue Details der Kurtzahn-Haeckerschen Technik. Hans zieht auch Fascienstreifen vom Rectus und Musc. obliqu. abdom. ext. heran. Lambert macht einen rüsselförmigen,

die Haut überragenden, außen mit Haut bekleideten Kunstafter, der fest verschlossen werden kann. Mit dieser-Methode hatte Korganowa-Müller gute Resultate. Kudingeff beschreibt eine Methode, aus der Flex. sigm. unter der Haut ein Reservoir für die Fäces zu schaffen. Jirasek beschäftigt sich mit den physiologischen Voraussetzungen der richtig entsprechenden Kolostomie auf Grund von Experimenten A. Neumanns. Um die reflektorische Reizung der Geschwulst auf die Darmtätigkeit (Spasmen) auszuschalten, soll der Darm einerseits vollständig durchschnitten, andererseits die Kolostomie direkt über der Geschwulst ausgeführt werden. Dagegen ist nur zu sagen, daß das aus technisch-chirurgischen Gründen oft unterlassen werden muß.

Die Komplikationen beim Kunstafter (Enterostomie, axialer Kunstafter und Anus sacralis) bestehen nach Neuhöfer in Entzündungserscheinungen der Haut (bes. Pankreassekret bei hohem After), Verlegung des distalen Endes durch den Sporn, narbige Verengerung der Fistelöffnung. Eversion der Schleimhaut ist harmlos, Vorfall des Darmrohres ernster. Entstehung durch Peristaltik, Abdominaldruck, Weite der Öffnung. Wichtig der Vorfall zweier Darmschlingen. Propulsion der der Fistelöffnung gegenüberliegenden Darmwand bedingt Verschluß und evtl. Eintreten von Darmschlingen ins Netz in den vorgestülpten Darmteil = viscerale Prolapshernie. Folge beider Darmrohre ist der „zweihörnige Prolaps“ oder Königs „Hammerdarm“.

Die Studien von Hagiwara über das Verhalten der Serosa innerhalb und außerhalb der Bauchwand und die Wucherungsbedingungen der Epidermis und der Darmschleimhaut (resp. aller Hohlorganschleimhäute) auf Granulationen empfehlen bei der Technik des Anus praeternat. darauf zu achten, daß der vor dem Peritoneum liegende Darmabschnitt zum größten Teil oder ganz in die Bauchwand fällt.

Lenormant bespricht die Methoden des Afterschlusses unter besonderem Hervorheben eines eigenen, extraperitonealen Verfahrens.

Hohlbaum beschreibt die Technik der Leipziger Klinik beim Verschluß des Anus praeternaturalis (früher von Gehrel schon betont).

Iemeljanoff (v. Reyher, Dshanelidse) vereinigt nach medianer Laparotomie die beiden zum Anus ziehenden Darmschlingen End zu End, evaginiert die durchquetschten Enden aus dem Anus praeter, schließt das Peritoneum von innen und reseziert später die unbedeutenden Schleimhautreste.

Aus einer zusammenfassenden Studie Pollossons über die chirurgische Behandlung des widernatürlichen Afters ergibt sich, daß die intraperitonealen Methoden immer mehr angewandt werden.

Gegen Lanes „willkürliche Auffassungen über die chronische Obstipation“ wendet sich Finney; nach ihm hat nur in 5% aller Fälle ein chirurgischer Eingriff Berechtigung, und zwar bei angeborenen Anomalien oder bei erworbenen Abknickungen, Drehungen und Verwachsungen. Nur wenn deutliche Veränderungen, welche zur Störung der Darmpassage geführt haben, gefunden werden und beseitigt sind, ist der Kranke nach der Operation gebessert. Auch Lardennois und J. de Harven wenden sich gegen den Optimismus Lanes in bezug auf die totale Kolektomie. Die Indikation zu letzterer beschränkt Harven auf Megakolon und schwerste Colitis, Lardennois auf schwere Fälle von Mega- und Dolichokolon und Volvulus. Wichtig ist, daß die Kranken oft als chronische Appendicitis operiert werden, aber durch Appendektomie allein nicht zu heilen sind (Schroeder, Goebel, Jordan).

Während Lardennois bei Dickdarmstase sich noch Erfolge von Coeco-Sigmoidostomie verspricht, so ist demgegenüber zu betonen, daß, wenn bei chronischer schwerer Obstipation operiert wird, die ableitenden Operationen nur von vorübergehender Besserung gefolgt sind. Deshalb sollte eine Coeco-Sigmoidostomie nur für die Fälle angewandt werden, in denen die Kolektomie zu schwer erscheint, und nur, um einer sekundären Kolektomie vorzuarbeiten. Die einzig richtige und erfolgreiche Operation bleibt

nur die partielle oder totale Kolektomie (Dunet und Peycelon). Das steht im Einklang mit den Erfahrungen bei ulceröser Colitis (s. u.).

Zu den Fällen, die ebenfalls unter der Diagnose chronische Appendicitis laufen, resp. operiert werden und bei denen die Jacksonsche Membran usw. (s. u.) eine Rolle spielt, gehören die Kranken mit rechtsseitiger Koloptosis, über die Quain erneut eine Arbeit mitteilt. Sie bewegt sich in — gemäßigten — Laneschen Gedankengängen. Ihre Indikationen zur Coeco-, Kolo- und Nephro-Pexie und zur Duodeno-Jejunostomie scheinen in Deutschland im allgemeinen überholt zu sein.

Ganz in Laneschen Gedankengängen (Beeinflussung der Konstitution durch protrahierte intestinale Toxämie) bewegt sich Bainbridge.

Die Kolektomie (nur Ascendens) bei coecaler Stase haben Desmarest und Mercier in 20 Fällen angewandt. Norbury hat in zwölf Fällen starker Atonie und Atrophie der Muscularis des Coecums dieses und die angrenzenden, gleichfalls erkrankten Teile des Kolons und Ileums reseziert. Es waren weibliche Kranke von 16—57 Jahren mit „intestinaler Toxämie“, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme, Stuhlverstopfung, Völlegefühl, anfallweisen Schmerzen in der Coecalgegend. Objektiv war meist geblähter Darm nachweisbar. Die mikroskopische Untersuchung ergab teils Bindegewebsvermehrung, teils auch Muskelatrophie, teils Ödem der Mucosa und Submucosa. Von deutschen Autoren hat Finsterer wohl die meisten Kolektomien (36) gemacht mit 2,7% Mortalität, allerdings waren wegen Obstipation nur 26 Fälle operiert, darunter 11 Megacola. Die Resektion der linken Kolon hälfte von der Mitte des Transversum bis zum Kolon pulvinum gibt die besten Resultate. Generisch will den unteren Teil des Dickdarms zum Zwecke der normalen Defäkation womöglich erhalten wissen.

Prinzipiell wichtig ist der Fall von Perrier: Heilung einer Coli-Pyelonephritis (bei 13 Jahre bestehender hartnäckiger Enterocolitis) nach Resektion des erweiterten, verdickten, von Membranen bedeckten Kolon asc. und transv. Diese Erfahrung kann im Sinne Lanes (Resorption von Toxinen vom Kolon aus) erklärt werden.

Von Colopexien und ähnlichen fixierenden Opperationen ist es stiller geworden. Small berichtet allerdings über nicht weniger als 190 Colopexien. Das bewegliche Kolon ascen. entbehrt des Rückhalts an der hinteren Beckenwand, so daß es zu Stauungs- und Dehnungserscheinungen, zur chron. intestinalen Toxämie, aber auch zum Zug an der Mesenterialwurzel, zu Duodenal- und Gallenblasenstörung kommt.

Mc Connell sah sogar bei 17 Männern und 21 Frauen das Bild des chron. arteriellen Duodenalverschlusses infolge mobilen Kolon ascend.

Davison, Marshall und Don haben die Jacksonsche Membran (bandförmige Adhäsionen, die „wohl auf Stauungen im Kolon zurückzuführen sind“), in zehn Fällen durchtrennt und die Wundflächen peritonealisiert. Symptome der chron. Appendicitis. — Durch das Röntgenbild wird die Lage des Bandes gewöhnlich sichtbar (s. o. die Untersuchungen Hirschs über den Tractus sphincter. coecocolic.!). Quain hält die „pericolische“ Membran für ein Ligam. suspensorium, ihre Durchtrennung erhöht die Beweglichkeit des Kolons. Die Membran hat also die Funktion, das Coecum vor Hypermotilität zu schützen. Patienten mit besonders großen Schmerzen zeigen eine sehr kurze pericolische Membran. Auch Desmarest und Mercier halten die bandartigen Membranen der Flex. hepatica für kongenital, ebenso, allerdings mit Einschränkung, Napalkoff. Ganz im Laneschen Fahrwasser segelt Haynes, der die Bänder, die den Darm einschnürten, reseziert, das Coecum und auch das dilatierte Kolon asc. verengt und faltet (13 von 23 Fällen gebessert).

Den Nachweis objektiver Symptome bei pericolischen Membranen durch Einschnürung, bzw. Füllungsdefekt im Kolon asc. bei Erweiterung des Coecums brachte auch Goetsch durch das Röntgenbild in zwei Fällen. Die Operation zeigte sehr gefäßreiche membranöse Adhäsionen, die Goetsch nach Toldt für kongenital hält. Klinisch: Obstipation, Vortäuschung eines Carcinoms.

Die kongenitale Genese dieser Bänder ist auch für Hirsch zweifellos, sie spielen nach ihm beim Vorhandensein einer Entzündung nur eine die Stase und Entzündung verstärkende Rolle. Es ist aber sehr wohl möglich, daß Goetsch Kontraktionen resp. Spasmen des Hirschschen Sphincter coecocolicus zur Darstellung im Röntgenbild brachte!

Die Klinik der Deviationen des proximalen Dickdarmabschnitts, die Beziehungen der pericolischen Membranen zur „chronischen Appendicitis" behandeln weiterhin die Russen Poljenoff und Kremševski.

Costantini vindiziert der pericolischen Membran einen wesentlichen Einfluß bei einer Invaginatio ilieocoecalis.

Die Kombination der pericolischen Membranen mit Pneumatosis cystica des Coecums und Kolon asc., die Romiti erwähnt, ist wohl sicher zufällig.

Bei Ptose und Torsion des Coecums beim Weibe will Araya das Organ vom rechten Fornix vaginae als kugeligen Tumor fühlen und die Luft bimanuell mit der einen Hand der anderen entgegendrücken können. Wenn dann die Luft durch ein eingelegtes Darmrohr entweicht, verschwindet der Tumor und man fühlt die halbmondförmige normale Schleimhautfalte.

Die große pathologische Bedeutung der Laneschen Knickungen wird besonders von Webb-Johnson angezweifelt.

Nach Marsh sind chronische Intussuszeptionen sehr selten multipel und beruhen fast stets auf Mißbildungen des Darms. Marsh betont von neuem die größere Häufigkeit in Dänemark und England (Gebrauch von Rizinusöl, überhaupt Laxantien!). Eine ileocoecale Intussuszeption ist nur bei frei beweglichem Coecum (kongenitale Mesenterialanomalien) möglich, also selten bei Carcinom. Blut und Schleim sind bei der chronischen Intussuszeption keineswegs so regelmäßig, wie bei der acuten (Blut nach Jones sogar völlig fehlend!). Dagegen sehr häufig Darmgeräusche während oder nach dem Anfall. Jones betont die verschiedene Länge der Geschwulst zu verschiedenen Zeiten und das Verschwinden der Geschwulst unter der Palpation mit einem gurrenden Geräusch.

Nach Hirsch wird die Intussuszeption in ihrer typischen Form durch unregelmäßige peristaltische Kontraktionen erzeugt, bei Invaginatio ileo-coecalis handelt es sich immer um Abweichungen am Sphincter ileo-colicus. Die chronische oder rezidivierende (Jones) Intussuszeption im besonderen wird nach Jones dadurch möglich, daß die Gefäße bei besonderen Hemmungsbildungen des Kolon nicht übermäßig gezerrt werden. Wie wichtig die kongenitalen Veränderungen sind, zeigt deutlich die Beobachtung Grays, daß in 19 von 20 Fällen von Intussuszeption bei Kindern bewegliches Coecum und Kolon asc. vorhanden war.

Kyjorsky beobachtete einen Fall von perietaler Invagination des Coecums durch exzessive Oxyurenanhäufung mit Entzündung.

Eine Coecumphegmone wurde in der Heidelberger Klinik mit Erfolg durch Resektion geheilt (Teutschländer und Valentin). Die Verff. bringen eine eingehende Studie über die seltene und noch seltener mit Erfolg behandelte Erkrankung.

Die ulceröse Colitis kann nach Strauss nach 8—10 Wochen langer wirkungsloser interner Behandlung noch durch Ileostomie zur Ausheilung gebracht werden. Evans will alle Colitis- (scil. suppurativa, i. e. dysenter.) Fälle, die 2 oder 3 Monate innerer Medikation trotzen und zu Abmagerung und Anämie führen, dem Chirurgen zur Appendikostomie oder Coecostomie übergeben. Einen tadellos durch Appendikostomie und Darmspülungen mit $^1/_2$proz. Tanninlösung geheilten Fall bespricht Mankuss; Tichonovič hatte in vier Fällen guten Erfolg. Rienhoff sah in zwei Fällen nach erfolgloser Ileostomie und Appendikostomie Heilung durch Ileosigmoidostomie. Seefisch machte nach erfolgloser Coecalfistel und nachheriger Ileosigmoidostomie noch totale Kolectomie mit anscheinendem Erfolge. Auch nach Strauss erheischen veraltete Fälle

mit Striktur und Narbenbildung die radikale Kolectomie. Hertle tritt ebenfalls für die Operation bei „Colitis suppurativa" ein, wenn Kunstafter oder innere Darmausschaltung nicht zum Ziele führen. Eine besondere Ansicht über die Ursache der Colitis verficht Dyas: Eine chronische Appendicitis bringt ihre Produkte infolge Öffnens der Gerlachschen Klappe durch den Druck der Appendixkonstante in Kontakt mit der Dickdarmschleimhaut, daher heilt Appendektomie die ulceröse Colitis (das sind wohl Ausnahmefälle. Ref.).

Hurst dagegen glaubt, daß mit interner Therapie bei der ulcerösen Colitis ebensoviel zu erreichen sei als mit chirurgischer!

Diagnostisch interessant ist die Arbeit von Crohn und Rosenberg über das sigmoidoskopische Bild der chronischen, geschwürigen, nicht spezifischen Darmentzündung.

Eine besondere Technik zur Ausschaltung des Kolons durch Coecostomie wendet Phillips an.

Die Differenz in der chirurgischen Behandlung der Colitis ulcerosa bei deutschen und englichen resp. amerikanischen Chirurgen ist nach Generisch erklärbar, weil letztere meist leichtere, die deutschen schwerere, vernachlässigte Fälle in die Finger bekommen, bei denen Appendikostomie usw. nicht mehr wirksam ist.

Die Häufigkeit der Diverticulosis geht aus einer Arbeit Spriggs hervor. Unter 1000 radiologischen Untersuchungen waren 38 Duodenum-, 7 Jejunum-, 7 Ileum-, 6 Appendix- und 100 Dickdarmdivertikel, letztere am häufigsten im Beckenteil. Nach Erfahrungen in Deutschland erscheint diese Frequenz (in Amerika) ungeheuer.

Die Ansicht Erdmanns, daß die Divertikel wahrscheinlich angeboren seien, ist wohl nicht ganz zu unterschreiben. Den Hoed macht für die Ätiologie der Divertikel nicht nur die angeborenen schwachen Stellen in der Muscularis, sondern die durch unregelmäßige Faltenbildung und unregelmäßige Muskelhypertrophie der Muskelschicht „erworbenen" schwachen Stellen verantwortlich, welche das Durchdringen der Schleimhaut begünstigen. Vielleicht ist die eigentliche Krankheitsursache (nervöse?) Störung der Muskelfunktion.

Gordon-Watson beschuldigt die Ansammlung von Fett rings um den Darm, die zur Muskelatrophie führt.

Nach Gevzowitsch können die in den Blindsäcken liegenbleibenden Kotbröckel reflektorisch zu einer chronischen spastischen, mehr oder weniger röhrenförmigen Stenose führen (sollte die nicht eher entzündlich sein? Ref.).

Bei den Abscessen infolge Diverticulosis coli sind nach de Quervain häufig säurefeste Bakterien gefunden worden, ohne daß die Granulationen Tuberkulose ergaben.

Die Röntgenaufnahme bei Diverticulosis ist sehr häufig nicht eindeutig. Im Allgemeinen wird der Kontrasteinlauf vorgezogen. Bei Gaben per os sieht man nach de Quervain häufig die Kontrastbröckel mit Darmgasen umgeben; bei Einlauf sehr oft spastische Kontraktion des am meisten befallenen Darmteiles, der Darm ist verkürzt, die halbmondförmigen Falten anormal ausgeprägt. Wenn man eine schlechte Füllung in mehreren Bildern sieht, muß man an Divertikel denken.

Die Behandlung der Diverticulosis soll im allgemeinen intern sein, auch wenn nicht zu schwere und vorübergehende akute Attacken auftreten. Es ist auf Diät und regelmäßige Darmentleerungen (Paraffin!) zu achten. (Lynch, Tudde usw.). Hurst und Rowlands empfehlen auch bei ausgebildeter Diverticulitis stets einen längeren Versuch mit täglichen Paraffineinläufen und Atropin per os. Sonst aber kommt bei Diverticulitis und allen Komplikationen entschieden die Operation in Frage. Im allgemeinen sollen Abscesse nur inzidiert und drainiert werden. Das Platzen eines Divertikels sah Straat bei 60jährigem Mann, Pavlowsky bei 57- und 42jähriger Frau, beidemal verbunden mit einem Tumor am Ansatz des Mesenteriums, der die Dicke und Konsistenz eines callösen Magengeschwürs hatte. Feist sah Perforation eines Divertikels

bei Romanoskopie. Die Frage ist, ob man bei Absceß auch Kolostomie machen soll. Im allgemeinen wird das verneint. Dagegen ist Colostomie gut zur Heilung einer Blasen-Sigmoidfistel. (Rankin, de Quervain.) Die Fistel beruht bekanntlich viel häufiger auf Diverticulitis als auf Carcinom. Mc Kenna machte bei Divertikel-Blasenfistel zweimal mit guten Erfolge die Resektion.

Im allgemeinen scheint die Resektion bei Diverticulitis mehr aufzukommen. Ihre Berechtigung kann aus obigen Fällen Mc Kennas und aus den Erfahrungen der Mayoklinik abgeleitet werden. Maßon sah bei 14 von 116 Kranken dieser Klinik Bösartigkeit auftreten; Lynch unter zwölf Fällen sogar viermal; den Hoed sah neben Divertikeltumor eine Adenocarcinoma recti. Allerdings sollte (nach Judd, Starr, Pollock) der primären Resektion wegen der Infektionsgefahr stets die Colostomie mit langdauernder Irrigationsbehandlung vorausgeschickt werden. Gerzowitsch hat aus einer Statistik von 316 Fällen im allgemeinen den Eindruck, daß, von den akuten Komplikationen abgesehen, die Resektion die besten Resultate gibt (aber 12% Mortalität!). Auch de Quervain ist für ausgiebige Resektion, evtl. auch Entero-Anastomose. Besonders energisch spricht sich Primrose (auf Grund der Mayo-Statistik, s. o.) für Resektion aus. Erdmann hält das Miculiczsche Resektionsverfahren für das schonendste.

Larimore präzisiert den jetzigen Standpunkt dahin, daß einfache Diverticulitis mit wiederholten Anfällen als Indikation zu chirurgischem Eingriff anzusehen ist. Dagegen soll man vorsichtig mit letzterem sein, wenn das ganze Kolon befallen ist. Die Operation ist notwendig bei akutem Verschluß des Kolons, akuter Absceßbildung mit oder ohne Perforation, bei chronischer, fibröser Verengerung um den divertikeltragenden Darmteil und bei maligner Degeneration.

Porter resezierte ein Coecum wegen Carcinom, das sich als Divertikel mit haselnußgroßem Kotstein entpuppte.

Gordon-Watson empfiehlt in weniger vorgeschrittenen Fällen Invagination des Säckchen, verbunden mit Appendicostomie.

Eine wichtige Beobachtung, die Einkeilung eines Divertikels nach Fehltritt, machte Finsterer. Die Wand des gangränösen, kurz vor der Perforation stehenden Divertikels, bestand ausschließlich aus Schleimhaut. Entweder wurde durch das Trauma das Divertikel plötzlich mit Kot gefüllt oder die Muskulatur wurde auseinandergerissen und die Schleimhaut vorgestülpt.

Für das Megakolon nimmt Pennato eine kongenitale Genese infolge Atrophie der Muskulatur und mangelhafter Innervation an. Hierfür spricht ihm u. a. das gleichzeitige Vorkommen von Megaoesophagus. Palugyay hält auf Grund eines Falles, der Schleimhautfalten am Übergang vom S. Roman. zur Ampulla recti zeigte, eine kongenitale Hyperplasie einzelner Kolonabschnitte für die Ursache. Interessant war, daß der betreffende Patient den Stuhlgang in Knieellenbogenlage bei stark gesenktem Oberkörper leicht entleerte. Palugyay erklärt das durch Streckung des Darmes und dadurch bedingtes Auseinanderklaffen der vorher aneinander gepreßten Falten.

Brüning erinnert an den partiellen Riesenwuchs bei Neurofibromatose und glaubt an eine angeborene Innervationsstörung. Burckhardt hat in der Tat embryonales Narbengewebe im zugehörigen Nervengewebe gefunden. Behring und af Klercker sahen ein Megakolon vom Coecum bis Sigmoid. Einen Kontraktionsring zwischen Sigmoid und Rectum halten sie für ätiologisch wichtig. Cserey-Pechány sucht die primäre Ursache der idiopathischen Hirschsprungschen Krankheit in der abnormen Länge der Mesosigma (also am besten statt Megakolon: Megamesosigma zu sagen!), daher auch Erfolge nur dort, wo das Mesosigma entfernt (Resektion) oder verkürzt ist (Hermann-Ilksche Operation).

Megakolon fand Perlmann bei 30% sämtlicher untersuchter Leichen in Minsk, bei Erwachsenen stets ein geschrumpftes, narbiges Mesenterium, bei Kindern keineswegs.

In einem Falle Wachendorfs war die Ursache des Megacolon bei dem 9jährigen Mädchen ein vor 8—9 Jahren eingelegter Thierschscher Ring.

Für die Operation des Megakolon wird fast von allen Seiten die Totalresektion als Methode der Wahl angegeben (Brüning, Finsterer, Kerr, der gute technische Winke gibt).

Enderlen allerdings hat in einzelnen Fällen auch die Enteroanastomose gute Resultate gezeitigt; auch König meint, daß nicht in allen Fällen eine so große Operation nötig sei.

Nach Mirizzi kommt in Argentinien häufig Megakolon mit „Fäkalomen" vor. Die partielle Kolonresektion ergab bei 25% nach $^1/_2$—2 Jahren schon ein Rezidiv, daher machte er dreimal (mit einem „Chloroformtod") totale Colectomie. Verschluß der Hernie und Einpflanzung des Colon pelvin.-Endes seitlich ins Ileum, wobei Torsionen des Dünndarms dann vermieden werden, wenn die abführende Schlinge mit ihrem freien Ende eine Konvexität nach vorne bildet.

Straat führt eine Perforation des Sigmoids auf eine Stenose zurück, die vielleicht ein Rest einer Art Megakolon aus der Jugend her war.

Eine eigenartige Verletzung der Flexura sigmoidea sah Schmorell bei einem 25jährigen Mann infolge Hebens einer schweren Last: 5 cm lange Längs-Rißwunde durch Serosa und Muscularis, und zwar infolge Druckerhöhung durch Abklemmung an der Flex. lienalis und Kontraktion des Sphincter ani. Raul sah eine intraperitoneale Ruptur des Colon pelvin. nach Sturz von der Treppe nach hinten.

Für die Erkenntnis der Ursache von Darmperforationen im allgemeinen ist eine Arbeit von Bertrand wichtig. Er glaubt, daß die mechanische Ursache der Druckerhöhung selten allein wirksam ist. Für wahrscheinlicher als die Theorie der Nekrose durch Gefäßschädigung infolge des erhöhten Drucks hält er die Theorie der toxisch-infektiösen Schädigung der Darmwand (s. o. den Fall von Finsterer: Divertikeleinklemmung!).

Das Mikrokolon ist selten unter den Fällen von angeborener Darmverengerung und Darmverschluß; nur 5% solcher Fälle betreffen den Dickdarm (Greig). Der Autor hält neurogenen Ursprung für wahrscheinlich (also wie Brüning für Megakolon!) und erinnert an die Folgezustände der Poliomyelitis an den Gliedmaßen. Therapie: Möglichst frühzeitige Enteroanastomose unter Ausschaltung des betreffenden Darmteils.

Interessante Betrachtungen über den Volvulus des Sigma gibt Stoppato. Im Gegensatz zu dem Darmverschluß der Flexur und des Rectums, der dem Abdomen eine verbreiterte Form verleiht, liegt die verlängerte Sigmaschlinge in der Mitte des Abdomens und treibt gerade diese Gegend auf, genau wie ein Dünndarmverschluß. Der Volvulus tritt nie plötzlich, sondern nach Prodromen und vielfachen Attacken auf. Zwei finnländische Arbeiten befassen sich mit Darmknotenbildung, die eine mit dem Volvulus zwischen Dünndarm und Sigmoid (Elfving), die andere mit dem Volvulus des Coecums allein (Öhman). Elfving behandelt 21 neue Fälle, von denen neun geheilt sind. Eine der Ursachen ist die voluminöse Nahrung. Charakteristisch ist die relativ unerhebliche Auftreibung des Bauches bei starkangegriffenem Allgemeinzustand (Rechniowsky hält für wichtig und konstant die Trichterform des Bauches!), ferner öfters das Fehlen der Darmperistaltik. Mit Ekehorn ist Elfving der Meinung, daß die strangulierte Dünndarmschlinge oft sehr lang ist (durchschnittlich 3 m). Funktion und Detorsion führte zur Genesung. Von fünf resezierten Kranken genasen zwei, ebensoviel von zehn mit Resektion und Vorlagerung des Sigmoids behandelten.

Beim Volvulus coeci konstatierte Öhman (s. o. auch Als-Nielsen) stets ein Coecum mobile mit Mesenterium ileo-coecale commune (53 Fälle); einmal Sinistro-, einmal Retropositio, einmal angeborene Adhäsion des Coecum an der Flex. lienalis. Die Resektion gibt so gute Resultate, daß sie auch auf manche leichtere Fälle ausgedehnt werden könnte! Alipoff, dem offenbar nicht die gesamte Weltliteratur zur Verfügung stand,

nimmt an, daß außer dem (häufigen) Mesenterium ileo-coecale commune als prädisponierende Momente für den Volvulus coeci noch genannt werden dürfen: Entzündliche Veränderungen des Mesenterium ileo-coecale, Darmfunktionsstörungen, wie Meteorismus, Obstipation, Gravidität (S. Roman.). Bei Anwesenheit dieser Momente ist eine angestrengte Bauchpresse oder eine Erschütterung des Abdomens die auslösende Ursache. Operativ ist Alipoff bei geringen Darmveränderungen für Lösung des Volvulus. Eine Fixation oder Resektion des Coecum soll erst nach Erholung des Kranken vorgenommen werden.

Bei Operation des Volvulus des S. Rom. spaltete Novák nach Retorsion das Narbengewebe längs und vernähte es quer, wodurch die Endteile der Flexur bis auf 12 cm auseinandergerückt, die Länge des Mesosigmoidemus aber bis auf ein Drittel verkürzt wurde.

Grekow operierte eine ganze Anzahl (18) Volvulusfälle mit seiner Evaginationsmethode (7 Todesfälle), auch Petraschewskaja publiziert drei derart operierte Fälle; ebenso wandte Sawkoff die Methode an (auch bei Verletzung, Tumor, Hirschsprung). Vier Todesfälle unter zehn! Alknis und Muzeneek hatten mit der Methode unter fünf Volvulusfällen nur einen Todesfall, bei dem bereits eine schwere jauchige Peritonitis bestand! Mikuli hält allerdings mit E. Hesse die Grekoffsche Methode noch nicht für genügend ausgearbeitet, er ist, auch bei nicht gangränösem Darm, prinzipiell für Resektion.

Grekoff selbst kommt in einer neueren Arbeit auf seine Methode wiederum zurück (jetzt 23 Fälle mit zehn Todesfällen). Er gibt hier interessante Details und Indikationen für die verschiedenen Stadien des Volvulus. Er will selbst Enteroanastomosen am vorgelagerten Darm zwei Tage nach der Vorlagerung trotz Eiterung in der Umgebung mit Erfolg ausgeführt haben! Grekoff (oder Grekov, J. J.) hat aber auch, ebenso wie Kasanskaja, die zweizeitige Resektion angewandt.

Zur Vorbeugung des Volvulus wandte Lawrow zweimal die Methode Pikin an: Fixation des S. Roman. in einer retroperitoneal gebildeten Tasche.

Als Resumé für die Behandlung des Volvulus der Flexur und auch des Coecums können wir die Neigung der Chirurgen zur möglichst radikalen Operation (Resektion) festlegen. Die Letztere schützt sicher am besten vor Rezidiven. Die Publikationen erweisen wieder das viel häufigere Vorkommen der Erkrankung in den Ländern des Ostens.

Von gutartigen Tumoren des Kolons beschreibt Podlaha ein klinisch kindskopfgroßes Leiomyom des Blinddarms, das mit Erfolg reseziert wurde.

Auf eine zusammenfassende Arbeit von Cumston über cystische Neubildungen des Mesocolon ascendens sei besonders hingewiesen. Gurewič operierte eine große vereiterte chylöse Cyste des Mesosigmoideum.

Moore operierte ein subseröses Lipom des S. Rom. und eins des Colon descendens mittelst Resektion. Beide waren für Carcinome gehalten. Belz ein submucöses Lipom des Colon ascendens.

Humiston und Piette beschreiben ein „wahres Cholesteatom des Blinddarms" (Dermoid ?), das, 5 cm im Durchmesser groß, zwischen Serosa und Muskulatur lag und leicht ausgeschält wurde.

Wie wichtig es ist, bei Tumoren des Dickdarms auch an Syphilis zu denken, zeigt ein instruktiver Fall von Ganter und Kuijer, die bei 34jährigem Mann röntgenologisch eine faustgroße Höhle der Flex. lienalis feststellten. Klinisch: Glatter, elastischer, tympanitischer Tumor der Oberbauchgegend. Heilung durch Jodkali, Salicylquecksilber und Salvarsan.

Ob man die „endometroiden Heterotopien" am Colon sigmoideum (Gross) als benigne oder maligne ansehen soll, ist fraglich. Bei Gross' Fall waren sie Nebenbefund eines exstirpierten Rectumcarcinoms.

Eine gewisse Sonderstellung, die Baviera einem von ihm exstirpierten Adenom des Coecums vindiziert, erscheint zweifelhaft.

Nach Erdmann und Morris kommen die adenomartigen Polypen im Darm um so häufiger vor, je mehr wir distal fortschreiten: Dünndarm 11%, Dickdarm 25,2%, Rectum 63,8%. Es besteht eine kongenitale, oft hereditäre Form, in der Jugend auftretend, mit Anfällen von Blutung und Durchfällen; und eine Gruppe bei Erwachsenen im Anschluß an chronisch-traumatische entzündliche Zustände. Maligne Entartung in 40% der Polypen.

Auf die Bestrebungen Fishers, die Darmtuberkulose, die bei 50—80% aller an Lungentuberkulose Sterbenden vorkommt und in 85% das Coecum betrifft, mittelst planmäßiger Zusammenarbeit von Magen-Darmfacharzt, Lungenfacharzt und Chirurgen zu diagnostizieren und durch Resektion anzugehen, sei besonders hingewiesen.

Symptome und Diagnose der Dickdarmgeschwülste, insbesondere der Carcinome, behandelt Homans, Jones und Hayden, Drummond, Fischer. Die Größe der Geschwülste steht in keinem Verhältnis zu ihrer Bösartigkeit. Quer- und absteigender Dickdarm weisen selten entzündliche Tumoren auf. Verschiedentlich wird auf die Papillomatose resp. Polyposis des Kolons als präcancerös hingewiesen (David, Erdmann und Morris, Miller jr. — der besonders von multiplen primären Dickdarmkrebsen schreibt —). Auch Schaack sah zwei isolierte Carcinome des Colon desc. und der Flex. sigm. bei einem Manne. Jones und Heyden betonen die Wichtigkeit von Blut, Eiter und Schleim im Stuhl bei (sigmoidoskopisch) intakter Rectalschleimhaut. Die linksseitigen Carcinome verursachen gewöhnlich größere Anämie und Kachexie wegen des vorherrschenden adenomatösen Typus und der größeren Toxinresorptionsfläche. Porges (Hochenegg) will zur Diagnose nur Aufblähung, keine Kontrastmahlzeit verwenden, da diese Ileus machen kann. Höchstens Kontrasteinlauf. Drummond will auf Schwellung der Halsdrüsen an der Einmündungsstelle des Ductus thoracicus geachtet wissen. Als Vorbereitung zur Operation bei chronischer Obstipation wendet Slesinger Theriakklystiere (1:3 Wasser) an.

Die Behandlung des rechts- und linksseitigen Dickdarmkrebses wird von allen Seiten streng unterschieden. Wenn Pauchet auch für die rechtsseitigen Krebse die zweiseitige Colektomie als typische Operation angibt, so ist demgegenüber von den meisten Autoren (de Harven, Peck, Judd, Rankin [Mayo], Deaver) gerade für die rechtsseitigen die primäre Resektion mit Ileotransversostomie die Operation der Wahl. Kalmanowsky erscheint die einzeitige Resektion sogar für die Ileusfälle in gutem Allgemeinzustande und für die Kranken mit gut vorbereitetem Darm für alle Dickdarmcarcinome als eine normale Operationsmethode. Auch Peck hat fast ebensoviel linksseitige Krebse einzeitig operiert, wie rechtsseitige, empfiehlt aber für erstere doch die *Mikulicz*-Methode, ebenso Schwartz und Hartglass, Mayo (Rankin). Mayo trägt den Darm möglichst schon beim ersten Eingriff ganz ab; er dehnt die Methode selbst auf hochsitzende Rectumkrebse aus.

Slesinger bevorzugt als Radikaloperation des Dickdarmkrebses die Exstirpation des ganzen Dickdarms oberhalb des Carcinoms mit nachfolgender Ileocolostomie End-zu-End.

Mehrere Autoren empfehlen eine Enterostomie proximal von der Resektion temporär anzulegen, so Rankin (Mayo).

Im allgemeinen ist die Neigung vorhanden, die Wiedervereinigung stets End-zu-End zu machen, z. B. Porges (Hochenegg). Romanis bevorzugt sie bei Carcinomen des Sigma und Transversum, während er beim Kolon descendens und Flexura lienalis die Lateralanastomose macht. Mayo (Rankin) hat die Seit-zu-Seit-Anastomose aufgegeben. Allerdings rühmt Joyce an der Hand der Erfahrungen der Mayo-Klinik die Anastomose des Ileums mit dem Querdarm End-zu-Seit mittels Murphy-Knopf. Porges beschreibt einen Fall, bei dem sich 13 Jahre nach einer Resektion mit Seit-zu-Seit-Anastomose die

beiden blinden Darmenden zu 10 cm langen Divertikeln ausgedehnt hatten, die durch Stauung und Strangulation zu Ileuserscheinungen führten.

Bei Geschwülsten am Querkolon und den beiden Flexuren empfiehlt Brooks statt der Colostomie eine Anastomose zwischen Colon ascendens und descendens als vorbereitende Operation. Die Ausschaltungsanastomose wird anscheinend auch bei inoperablen Tumoren immer mehr angewandt (Jones und Hayden, Romanis).

Unbedingter Anhänger der dreizeitigen Operation, d. h. einer präliminären Colostomie ist Crile, besonders auch als differentialdiagnostisches Hilfsmittel gegenüber Divertikeltumor. Crile tamponiert übrigens nach der Resektion ganz ausgedehnt für mindestens 5 Tage; ein Verfahren, das wohl kaum Nachahmer findet. Auch Judd empfiehlt die Schloffersche Methode.

Grekow hat mit seiner Invaginationsmethode (s. auch unten beim Kapitel Rectumkrebs) mehrere Fälle von Carcinom des S. Roman. operiert. Sonntag machte von dieser Methode mit Erfolg Gebrauch zur Beseitigung eines aus Not angelegten Kunstafters. Schilffarth sezierte eine Duodenalkolonfistel infolge Kolonkrebs. Klinisch Leibschmerzen, häufige Stuhlgänge, Abmagerung.

Bei inoperablen Carcinomen kombiniert Crile Radium- und Röntgenbehandlung, aber die Nachbestrahlung hält er für zweifelhaften Wertes.

Copello — der übrigens den rechten Kolonabschnitt von der Ileocoecalklappe bis zum inneren Rand des absteigenden Duodenums rechnet — beobachtete im Gegensatz zu vier Carcinomen des Abschnitts ein Sarkom, das durch seine Weichheit auffiel.

Rectum.

Zur Abführkur vor Rectaloperation empfiehlt Drueck 60—80 g Glycerin mit nachfolgendem Einlauf von $^1/_2$ Liter Seifenwasser, um die im Coecum eingedickten Kotmassen zu entfernen. Ferner ist Glycerin und Olivenöl zu gleichen Teilen ein gutes Abführmittel. Auch über die postoperative Behandlung der Mastdarmkranken gibt Drueck detaillierte Vorschriften.

Eine nicht gerade häufige, aber nach Robert Blum gelegentlich öfter beobachtete Blutungsursache aus dem Darm soll in vasomotorischen Erkrankungen des Dickdarms liegen, die er innerhalb eines Jahres siebenmal in der Frankfurter Klinik beobachtete. Reizung des Vagus spricht sich in diesen Fällen rektoskopisch in intensiver Schleimhautrötung mit vereinzelten Erosionen aus. Vicariierende Menstruationsblutungen traten einmal auf. Therapie: Atropin und Adrenalin.

Eine ungewöhnliche und sonst — auch ätiologisch — unverständliche akute hämorrhagische Proctitis beschreibt Maingot. Bei Mastdarmgeschwüren (Ruhr) brachte L. v. Friedrich Novoproteininjektion Besserung.

Den alten Streit über die histologische Struktur und darauf beruhende Ätiologie der Hämorrhoiden (Angiomnatur nach Reinbach) frischt Jessen durch mikroskopische Untersuchungen an 30 Präparaten wieder auf. Er fand im wesentlichen zwei Typen: 1. Starke Bindegewebsentwicklung, Leukocyteninfiltration, Venendilatation und gelegentliche Gefäßneubildung, also entzündliche Ätiologie. 2. Sehr weite, untereinander kommunizierende Gefäße ohne Neubildung von solchen und ohne Wandverdickung, also Varicenähnlichkeit, auf Stase als ätiologisches Moment hinweisend.

Die Injektionstechnik bei Hämorrhoiden wird nach Murphy mit allmählicher Sphincterdilatation eingeleitet, jeder Knoten, evtl. auch zwei, erfordert dann eine Sitzung: Injektion: 3—5 Tropfen von 10—20proz. Acid. carbol. in Glycerin und Aqu. dest. aa. Nadel $^1/_2$—1 Min. im Knoten lassen. Anderson und Cuthbert benutzen dieselbe 10proz. Lösung, aber nur bei inneren Knoten und beim Fehlen von Fissuren und Fisteln. Coudray benutzt zur Injektion eine Lösung von Chininchloralhydrat 0,4, Urethan 20 auf 3 ccm Aqu. dest. (1 ccm). Die auftretende Schwellung wird mit Bismuthzäpfchen behandelt. Fansler nimmt für innere Hämorrhoiden 5% salzsauren Chininharnstoff,

die äußeren spaltet er oder schneidet sie mit der Scheere aus. Anderson und Cuthbert untersuchten mikroskopisch den Erfolg ihrer Injektion und fanden eine aseptische Entzündung, die zuerst zu Gefäßerweiterung, Leukocytenauswanderung und Lymphtranssudation, dann zur Gerinnung und Bindegewebsvermehrung führte.

Im Gegensatz zu den vorstehenden angelsächsischen Autoren spricht Capponago für die Whiteheadsche Operation, resp. eine Modifikation derselben nach Majocchi (Klemmenmethode). Mühsam dagegen will die Whiteheadsche Operation für die mit Mastdarmvorfall vergesellschafteten Fälle reservieren, während er sonst für Kauterisation nach Langenbeck ist. Syms (ebenso wie Kalmanowski, Scheffelaar) verwirft den Whitehead radikal und wendet als Operation der Wahl ein Abklemmen der Hämorrhoiden in drei Portionen, Abtragen mit der Scheere und nachfolgende Kauterisation an. Kein Stopfrohr, kein Morphium oder Opium. Am zweiten Tage Stuhlgang durch Mineralöl oder Salina.

Für die Dehnung des Sphincter ani empfiehlt Kirschner statt der Finger wegen der besseren Dosierbarkeit Dilatatoren analog der Hegarschen Bougies.

Der unblutigen Behandlung, besonders den Einspritzungsmethoden, der Hämorrhoiden spricht Scheffelaar das Wort, ohne aber Unterbindung und Kauterisation auszuschließen, sehr warm wird Elektrokoagulation empfohlen.

Clark koaguliert durch Hochfrequenzstrom, schlitzt dann und entfernt das Blutgerinnsel mit dem scharfen Löffel. Whitcombe macht Galvanokaustik in Lokalanästhesie, ambulant, mit kleinem Kugelbrenner.

Iljin, ebenso Klinscherf unterminiert die Schleimhaut von der Grenze der Haut an als Zylinder bis zum Sphincter int., so daß die varikösen Knoten und erweiterten Venen auf der Rückseite der Schleimhaut bleiben, schneidet die Knoten und Varicen, die nach Klinscherf wie Kaviarkörnchen aussehen, unter Kontrolle des Zeigefingers von der Schleimhaut ab und vernäht endlich letztere wieder mit der Haut.

Die Fissura ani behandelt Nishio mit Excision und Naht in Lokalanästhesie. Bei akuten Fällen fand er histologisch entzündlich gereizte Nervenfasern, bei chronischen eine Periendoneuritis und Neuritis.

Das atonische Ulcus der hinteren Analkommissur, dem Bensaude und Rachet eine Studie widmen, dürfte wohl auch nur auf einer indurierten Fissur oder Rhagade beruhen. Pels-Leusden ist für Sphincterdehnung in Chloräthylrausch oder örtlicher Betäubung. Nachbehandlung: Kein Opium, für 2—3 Tage Hantelpessar. Am dritten Tage leichte Abführmittel oder Öleinlauf.

Bei Incontinentia alvi empfiehlt Ferrarini eine Modifikation des Matosschen Verfahrens (Plastik aus dem Glutaeus max.).

Drueck weist daraufhin, daß Insuffizienz des Sphincter ani bei Syphilis des Zentralnervensystems (Tabes) das erste Symptom vor dem Verlust der Kniescheibenreflexe sein kann.

Bezüglich der Ätiologie der Mastdarmfisteln ist die Arbeit von Bliß erwähnenswert, (er fand unter 135 Fällen mit 112 verwertbaren Krankengeschichten 18,7% tuber kulöse), Piola unterscheidet im wesentlichen reintuberkulöse und nichttuberkulöse Fisteln und macht darauf aufmerksam, daß die Fisteln fast nur bei Männern vorkommen. Ihm ist der Nachweis von Tuberkelbacillen nicht geglückt. Tierny hält 10% der Mastdarmfisteln für tuberkulös. Unter 14 bakteriologisch untersuchten Fällen sog. Elephantiasis recti mit Geschwüren und Fisteln, die von Gougerot bakteriologisch untersucht wurden, waren 50% tuberkulös, 30% Nocardose (= Form von Aktinomykose). Fansler hält nur 2—3% aller Analfisteln für tuberkulös; 15% der Analfisteln bei Tuberkulösen seien spezifisch (das ist doch wohl so zu denken, daß nur bei 15% die tuberkulöse Natur der Fisteln zu erweisen ist! Ref.), und 0,33% der Tuberkulösen haben tuberkulöse Fisteln. Die Excision der ganzen Fistel mit nachfolgender sorgfältiger Naht ergab Golkin vorzügliche Resultate, besonders normales Funktionieren

des wieder vernähten Sphincters. Es ist sehr überraschend, wenn Golkin bei 86 Kranken 77 mal prima intentio hat! Er macht die Naht der tiefen Operationswunde mit 8-förmigen Nähten. Skeptischer ist Tierny, der sehr detaillierte Vorschriften gibt. Ob aber ein zwei- bis viermaliges tägliches Wechseln des Verbandes, wie Tierny will, durchführbar und auch gut ist, erscheint doch sehr zweifelhaft.

Frank und Baumann empfehlen zur Darstellung der Fistelgänge Injektion von Methylenblaulösung; zur Beseitigung Pennington außer Excision und primärer Naht eine alte „Haarseilmethode": Nach Einkerben des proximalen (nach dem Darm zu liegenden) Teil der Fistel Durchziehen eines Haarseils und Verknüpfen, nach 24 bis 36 Stunden dieselbe Prozedur usw.; in der Zwischenzeit soll das durchtrennte Gewebe zugranulieren. Zuletzt Durchtrennen der letzten dünnen Schicht und Naht! (? Ref.) Die Elektrokoagulation wurde von Goldschmidt mit Erfolg angewendet.

Für die Ätiologie des Darmprolapses ist die Beobachtung Redis wichtig. Er konnte durch Obduktion eines 7 jährigen Kindes, das infolge fortwährenden Harndranges wegen Blasensteins einen Rectumprolaps bekam, den von Waldeyer und Marchand beschriebenen Mechanismus: Senkung der Douglasschen Tasche längs der Wand des Mastdarms, klar nachweisen.

Die therapeutischen Versuche beim Rectumprolaps sind außerordentlich mannigfaltig. Drueck faßt in einer übersichtlichen Arbeit die Arten des Vorfalls und die Indikationen und Operationsmethoden zusammen.

Eine eigenartige Methode bei Darmprolaps der Kinder (meist Schleimhautprolaps, aber auch Prolapsus ani et recti!) wandten Schofter und Lenebach in 14 Fällen mit Erfolg an: Injektion von steriler Milch in den Sphincter extern. Bruine Groeneveldt hat mit Massage nach Thure Brand einen sehr guten Erfolg gehabt, Partsch warnt vor auch nur temporärer Resektion des Sacrum bei Rektopexie, ebenso vor einem H-förmigen oder queren Schnitt. — Sowohl die Hofmannsche, als die Hackenbruchsche Methode, also eine Kombination der Darmlängsraffung mit Rektopexie am Steißbein und Levatornaht gab annehmbare Resultate. Der Vorteil des Thierschschen Ringes vor der Autoplastik mit Fascia lata ergibt sich erneut aus einer Statistik Kornmanns.

Ekehorn bricht eine Lanze für seine Rektopexiemethode. Petrén hatte mit dieser gute Resultate bei 26 Kindern bis zu 12 Jahren. Die Rehn-Delorme-Biersche Methode will Dobromyslow bei kräftigen jungen Leuten und bei Personen mittleren Alters mit guter Beckenmuskulatur und kräftigem Sphincter ausführen. Filippow gibt eine Raffmethode an, die der Ekehornschen ähnelt. Rosanow hält die Sigmoideorectostomie für die Operation der Wahl bei Prolaps des Beckenabschnitts des Rectums. Hirschmann scarifiziert bei „okkultem" Rectum-Sigmoidvorfall, d. h. bei Intussusception des oberen Rectums und des Colon pelv. in das untere Rectum (bei alten Dammeinrissen) die mediale Fläche des Mesosigmoids und bringt durch Vereinigung dieser beiden Serosaflächen durch einige oberflächliche Catgutnähte die Fossa intrasigmoidea zur Verödung.

Lynch verkürzt die Ligamenta lateralia recti durch drei Reihen raffender Catgutnähte von einer Incision der linken Vagina aus, die bis zum M. transversus perinei von der Cervix an reicht. Hersch empfiehlt bei veralteten, reponiblen und unkomplizierten Fällen von Rectumprolaps die Delorme-Rehn-Biersche Methode, bei alten oder geschwächten Leuten und bei Kindern die Thierschsche, in allen anderen Fällen die Mikuliczsche oder Weinlechnersche. Die Kümmellsche Operation wandte Mamikonow dreimal und die Klinik Hesse in Petersburg in acht Fällen mit gutem Erfolge an (Kusmin).

Zur Bildung eines künstlichen Afterschließmuskels gibt Izquierdo eine Methode an, bei der eine Schleife von zwei Bündeln des Levator ani um das Rectalrohr gebildet wird.

Für Rectalstenosen negiert Hartmann die wesentliche Rolle des Syphilis. Therapie: Entfernung der Mucosa und Annähung an die Haut, wie beim Whitehead; bei hochsitzender Stenose Laparotomie und Exstirpatio coli. Aber auch bei dieser Operation kommen Rezidive vor, wie Barbilian an einem, von Hartmann selbst operierten Falle zeigt. Die Arbeit von Barbilian offenbart aufs neue das ganze Elend der entzündlichen Rectalstrikturen. Drueck dagegen weist der Lues eine große Rolle bei Rectalstrikturen zu. Er betont die Infektionsmöglichkeit durch Instrumente (Spritzen, Wäsche) und die Wichtigkeit des Traumas für den Ausbruch der Lues (Aktivierung ruhender Spirochaeten). Buie führt weniger als 15% der gutartigen Rectalstrikturen auf Lues zurück. Für diese Ansichten sprechen die Erfahrungen von Martin und Kallet über primäre Syphilis der Anorectalgegend. Jessen sah zweimal tuberkulöse Rectalstrikturen bei jungen lungenkranken Frauen. Therapeutisch bewährte sich Bensaude und Marchand bei entzündlichen Mastdarmstrikturen und zur Heilung eitriger und ulceröser proctitischer Prozesse die Diathermiebehandlung.

Bei Pruritus ani macht Allen entweder einen Schnitt zwischen Anus und Steißbein oder Unterminierung der Haut rings um den Anus mit Tamponade des subcutanen Gewebes für eine Woche. Frankenthal excidierte nach 5jähriger dermatologischer Behandlung die erkrankte Hautregion, resezierte die Nerven der Analgegend und deckte den Defekt plastisch. Drueck empfiehlt neben größter Reinigung und Vermeidung von Papier Behandlung der Veränderungen: Spülungen, Dilatationen des hypertrophischen Muskels, Höllensteinätzung von Rissen, Röntgen, Vaccine bei Streptococcus faecalis, Kauterisation der Ulcera, multiple Incisionen bis zur Fascia superficialis, vor allem Berücksichtigung etwaiger Allgemeinkrankheiten. Moorer macht cutane und subcutane Infiltration mit 0,5proz. Lösungen von Chinin und Urea hydrochloric. āā, Anästhesie mit 1proz. Procainlösung und Morphium. Haas betont in einer eingehenden Studie die Zusammenhänge des Pruritus mit innersekretorischen Vorgängen, daher zunächst endokrine Behandlung. Die Röntgenstrahlen wirken nur vorübergehend durch Nervenschädigung, nicht durch hormonale Beeinflussung (Werner).

Von Rectumcarcinomen beobachtete Pennington drei Fälle im Alter von 11, fünf mit 12, drei mit 13, drei mit 14, vier mit 15, zwei mit 16 und sechs mit 17 Jahren!

Betreffend der Diagnose weisen Friedenwald und Rosenthal auf die Wichtigkeit der Blutzuckertoleranzuntersuchung (natürlich auch bei Dickdarmcarcinom) hin.

Über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses in Deutschland unterrichtet ausgezeichnet die Umfrage der Med. Klinik, Nr. 39—41, 47 und 51, 1925. Die große Frage ist die ein- resp. zweizeitige abdomino-sakrale Operation mit oder ohne Sphincteropferung.

Fischer ist im Gegensatz zu Kirchner für zweizeitige abdominale Mastdarmresektion, und zwar soll in der ersten Sitzung ein Anus praeternat. gemacht, in der zweiten die kombinierte Exstirpationsmethode ausgeführt werden. Um die doppelte Laparotomie zu vermeiden, kann man im ersten Akt schon die Drüsen am Promontorium samt dem Mesosigma und einem Stück des Sigma exstirpieren und die Art. meser. inf. unterbinden. Schmieder und Fischer betonen in einer besonderen Arbeit nochmals die ideale Forderung einer radikalen Entfernung des erkrankten Organs mit vorausgehender Unterbrechung der Lymph- und Blutbahn. Von französischen Autoren spricht sich Lacène warm für die abdomino-perineale Operation aus (30—40% Mortalität, aber Heilungen von 10, 12, 14 und 15 Jahren). Duroselle will in der ersten Sitzung den Iliacalafter anlegen, in der zweiten, 3 Wochen später, Kolon und Rectum bis weit ins kleine Becken freilegen, drittens einige Tage später vom Perineum aus alles endgültig entfernen. Chaton empfiehlt die Operation und gibt gute technische Einzelheiten. Nach Hartmann benutzt er einen Bogenschnitt vom linken Darmbeinkamm bis über die Mittellinie. Den Vorteil der zweizeitigen Operation (und der Sacralanästhesie) hebt auch die Arbeit von Berie aus der Mayo-Klinik hervor (1937 Fälle in 12 Jahren).

Bonney ersetzte den sakralen resp. perinealen Schnitt nach der Mobilisierung usw. des Colon pelv. vom medianen Bauchschnitt aus durch eine Colpotomia posterior. Die Kaisersche „Invaginationsamputation“ (ist wohl ähnlich, wie die Grekoffsche Evaginationsmethode? Ref.) konnte Moszkowicz mit gutem Erfolge anwenden. Die Einführung eines Drains durch das Rectum und evtl. Invagination des Darmes resp. Tumors mit Hilfe derselben empfiehlt auch Coffey. Dieser leitet bei Frauen auch ein Zigarettedrain aus der Wundhöhle in das Scheidengewölbe. Den zweiten Akt des Eingriffs macht er bei obstruierendem Ampullencarcinom nach ungefähr 10 Tagen. „Bis dahin hat sich der untere, von Eiter umspülte Abschnitt so vollkommen demarkiert, daß er in wenigen Minuten auf dem sakralen oder peinealem Wege mit der Hand ausgeschält werden kann.“ Bei sehr ausgedehnten Tumoren wird die Gaze für 24—30 Stunden mit einer Radiumkapsel (2—3 mg) beschickt.

Exalto ist von der abdomino-analen Resektion nach Mannsell-Trendelenburg sehr befriedigt, auch Lynch ist Anhänger der einzeitigen abdomino-sakralen Methoden, fängt aber sakral an.

Eine gewisse Neigung, die Darmresektion, die ja zur septischen Infektion führen kann, außerhalb des Anus nach Invagination resp. Durchzug des Tumors auszuführen, macht sich vielfach geltend. Villard und Ricard geben eine ausführliche Darstellung ihrer dahingehenden („abdomino-transanalen“) Technik. Ein Leitgedanke ist auch die Erhaltung des Sphincters.

Diese Invaginationsmethode hat Sawkoff auch angewandt in zehn Fällen (mit vier Exitus) bei Verletzung, Volvulus, Tumor des S. Romanum und bei Megakolon: Unterbindung der Gefäße des Mesosigma, Herausleiten des Sigmoids aus dem Anus usw. (s. oben).

Die schönen Resultate und die Technik der Durchzugsmethode der Klinik Hochenegg erläutert aufs neue Mandl. Oppokov geht ähnlich vor bei vaginaler Methode der Rectumexstirpation, indem er den Darm außerhalb des Wundrandes am Ende der Operation reseziert.

Gegen die prinzipielle Opferung des Sphincter nach Kirschner, die übrigens u. a. auch Blake, Jones u. a. befürworten, wendet sich Küttner mit einer überzeugenden Statistik und ebenso Steindl aus der Hocheneggschen Klinik. Letzterer wandte die Küttnersche sakrale Vorlagerung mit zweizeitiger Operation mit gutem Erfolge an.

Gant verfällt in das entgegengesetzte Extrem und will möglichst alle Carcinome perineal oder vaginal, nicht einmal, nach Kraske operiert haben. Ähnlich Sistrunk, der allerdings das Steißbein reseziert. Gant hat mehr Rezidive nach Entfernung von Anal- als Rectalcarcinomen gesehen. Versuche zur Erhaltung des Sphincter sind zwecklos. Für Carcinome am Übergang zum Sigmoid wird die Durchziehungsmethode angewandt. Bei Infiltration der Lymphknoten im Mesokolon ist nur die totale Ausrottung des Colon desc. zweckmäßig. Man muß aber andererseits zugeben, daß die Resultate der perinealen Rectumexstirpation (mit Excision des Steißbeins und vorheriger Kolostomie nach der Technik von Lockhart-Mummery), die Gabriel mitteilt, sehr gut sind. Die anatomischen Untersuchungen Villemins, Huards und Montagnés über die Lymphbahnen sprechen absolut für die abdominale kombinierte Operation sowohl bei Operation der oberen Rectumkrebse (mit Wiederherstellung der Kontinuität), als der unteren Rectumkrebse (Amputation).

Von besonderen Modifikationen sei noch erwähnt, daß Schwartz und Gaudier grundsätzlich die Uterusexstirpation bei der abdomino-perinealen Operation vorherschicken, gleichgültig, ob Verwachsungen bestehen oder nicht, da dadurch die Peritonealisierung erleichtert wird.

May berichtet über Versuche der Schmiedenschen Klinik (Hohlfelder) mit Interposition von Spülungen und Röntgenfelderbestrahlung des peripheren Teils nach Anlegung des Anus und Versenkung des Colon pelvinum, so daß die Radikaloperation erst 4—6 Wochen nach der Laparotomie folgt. Auch Brooks ist für prä- und post-

operative Bestrahlung, während Jelks jeglichen Einfluß von Röntgen und Radium leugnet, Zobel nur letzteres widerrät und bei Rectumcarcinom nach dem 60. Jahr nur Kolostomie, gefolgt von massiven Röntgenstrahlen angewandt wissen will. Jones ist bei inoperablen Fällen wieder für Radium! Hartmann (Paris) hatte nur einmal sichtliche Besserung durch intrarectale Radiumapplikation. In der Nachbehandlung der sakralen Wunde hatten die Japaner (Yokota) ausgezeichneten Erfolg und Besserung der Mortalität an Sepsis durch tropfenweise Dauerspülung mit 0,3—1,0proz. Carrel-Dakinscher oder physiologischer Kochsalzlösung.

Die Rectotomia posterior wird wieder beim Mastdarmkrebs als palliative Operation von verschiedenen Seiten empfohlen. Mandl stellt die Indikationen nach fünf Fällen der Hocheneggschen Klinik übersichtlich zusammen.

Die zusammenfassende Arbeit von Durante über das Mastdarmsarkom betont den Unterschied zwischen melanotischen Fällen (sichere desmoide Tumoren, keine epitheliogene! schnelle Metastasenbildung in den regionären, besonders in guinealen Lymphdrüsen)und nicht pigmentierten Sarkomen (Lebermetastasen!). Sie sitzen meist in der Ampulle, mit Vorliebe polypös, ulcerieren erst sekundär; stenosierennicht. Das erste Symptom sind Becken- und Kreuzbeinschmerzen. Ein apfelsinengroßes gestieltes Spindelzellensarkom der Vorderwand des Rectums sah Leyro Diaz, ein melanotisches gestieltes Spindelzellensarkom Kraker, das letztere bestand anscheinend schon 5 Jahre, und machte bald nach Abtragung Leber- und Lungenmetastasen. Auch der Fall von Mc Guire und Leahy ergab bald ein Rezidiv in Leber und Rückenmark. Goldblatt weist darauf hin, daß bei Melanomen des Rectums häufig doppelseitige Lymphdrüsenmetastasen vorkommen.

Zu den malignen Erkrankungen des Rectums kann man vielleicht auch die Perforation durch eine ektopische Placenta rechnen, die zu einer plötzlichen Blutung aus dem Anus führte und durch Laparotomie und Naht nach Entfernung der Adnexe behandelt wurde (Schwartz). Goldstine und Fogelson schreiben über das Adenomyom des Rectovaginalseptums (vier Fälle!). Ein ulceriertes Fibromyom entfernte Duchinowa durch Amputatio recti. Duncan entfernte ein retrorectales Teratom von einer Incision hinter dem Rectum aus.

Weitere gutartige Rectumtumoren finden sich in einigen kasuistischen Arbeiten: Saphir sah bei einer 38jährigen Frau eine Dermoidcyste der vorderen Rectalwand. Fantozzi resezierte aus dem linken Labium majus ein hühnereigroßes Divertikel des Rectums, das wohl angeboren war und einen großen Kotstein, Kürbiskern und putrid-blutige Flüssigkeit enthielt.

Die postrectalen Tumoren fanden eine zusammenfassende Darstellung durch Drueck.

Hans Lehmann operierte zweimal Rectumpolypen, die durch lymphdrüsenartige Gebilde in der Submucosa hervorgerufen waren.

Unter den publizierten Verletzungen des Rectums usw. ist die Pfählung durch eine runde, auf einer Stange sitzenden Kugel von 4 cm Durchmesser bemerkenswert, die Sellot beschreibt, nicht allein wegen der durchdringenden Gewalt trotz der Stumpfheit, als wegen des Erfolges der Laparotomie, ein Erfolg, der wesentlich durch permanente Bauchlage mit öfterer künstlicher Obstipation erreicht wurde. Bei Marburg war die Pfählungsverletzung mit Beckenbruch und Urethraverletzung, Zerreißung der Sphincteren und des Levator ani bei praktischer Intaktheit des eigentlichen Rectumrohres verbunden. Heilung bis auf eine Urthralfistel. Einer ausführlichen Arbeit von Madelung über die Pfählungsverletzungen des Afters und Mastdarms (276 Fälle) entnehme ich, daß der Transport derartiger Kranker möglichst sitzend geschehen soll!

Den Fremdkörpern des Rectums und ihren Komplikationen widmet Drueck eine Arbeit. Er erwähnt darin eine geniale Methode Diggins. Ein großes Glas im Rectum mit der Öffnung nach unten wurde mit in Gips getauchten Gazestreifen ausgefüllt und nach Festwerden des Gipses am herausgeleiteten Gazestreifen extrahiert.

Dickdarm.

Allgemeines, Dickdarmchirurgie.

Anders, H. E., Die Genese der angeborenen Stenosen und Atresien des menschlichen Darmkanals im Lichte der vergleichenden Entwicklungsgeschichte. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 3: Ergebn. d. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. **26**, S. 343—462.) *

Bianchi, Giovanni, Sull'importanza dei vizi di posizione congeniti nella patologia del grosso intestino. (Osp. civ., Sampierdarena.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. 6, S. 325 bis 347.) **32**, 375.

Buie, Louis A., The diagnosis and treatment of the more common diseases of the anus, rectum, and sigmoid. (Surg. clin. of North Americ Bd. **5**, Nr. **3**, S. 829—854.) **32**, 616.

Cantelmo, Orlando, Contributo casistico e critico allo studio delle ileo-colostomie. (Clin. chir., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 46, S. 1088—1092.) *

Croes, F., Über Darminfarkt. (Chir. afdeel., Wilhelmina-gasth., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 15, S. 1687—1691.) (Holländisch.) **32**, 669.

Drueck, Charles J., Foreign bodies in the rectum and sigmoid flexure. (Postgraduate hosp. a. med. school, Chicago.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. **9**, S. 222 bis 227.) **33**, 344.

Farr, Robert Emmett, and Clarence W. Brunkow, Congenital abnormalities of the intestine. Intestinal aplasia: Atresia of the rectum and anus complicated by recto-vesical fistula, with a report of cases. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 3, S. 417—433.) *

Frolov, W. I., Ein Fall von unilateraler Ausschaltung des ganzen Dickdarmes. (Chir. Abt., Stadtkrankenh., Batum.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 298—300.) (Russisch.) **35**, 45.

Generisch, A., Die chirurgischen Erkrankungen des Dickdarms. (XI. Tag. d. ungar Ges. d. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—13. IX.) **34**, 321.

Grekow, I. I., Zweizeitige sekundäre Darmnaht und Darmresektion, insbesondere bei Volvulus flexurae sigmoideae. (Chir. Klin., Prof. Grekow, Leningrad.) (Festschrift f. Prof. Trinkler-Charkow, Staatsverlag d. Ukraine, S. 40—52.) (Russisch.) **33**, 125.

Heile, Über den Zusammenhang der Antiperistaltik mit der Bauhinschen Klappe und ihre Bedeutung bei den spastischen Darmerkrankungen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 701.

Kornfeld, W., und A. Fessler, Ein erhalten gebliebener teilweise ektopischer Sinus urogenitalis, verbunden mit einer Doppelbildung des Sigmoids. (Embryol. Univ.-Inst. u. Wilhelminenspit., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 2, S. 528—550.) **33**, 540.

Kremševski, D. A., Klinik und Operation bei Deviationen des proximalen Dickdarmabschnitts. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 550.) (Russisch.) **35**, 173.

La Torre, Michele, Le affezioni del colon prossimale nelle colecistiti. (Istit. di clin. med., univ., Sassari.) (Policlinico, sez. med. Jg. **32**, H. 12, S. 622—632.) **34**, 726.

Lee, Ferdinand C., Experimental end-to-end anastomoses of the colon. An anatomic study. (Anat. laborat., Johns Hopkins univ. med. dep., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 1, S. 100—123.) **32**, 775.

Lindenbaum, I. S., Beiträge zur Klinik der Flexura-lienalis-Knickungen. (Chir. Fak.-Klin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. Rokitzkij, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 73—84.) (Russisch.) **35**, 627.

Lissitzyn, M. I., Varianten der Form und Lage des Blinddarms. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., milit.-med. Akad., Prof. Šewkunenko, Leningrad.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 20, S. 479—481.) (Russisch.) **35**, 42.

Maslowskij, W. W., Zur Lehre über den proximalen Teil des Dickdarmes. (Inst. f. operat. Chir., Krim-Univ., Prof. G. A. Waljaschko.) (Medicinskij archiv pri Krimskom universitete Bd. **2**, Nr. 1, H. 4.) (Russisch.) **35**, 126.

Melnikoff, A. W., Über klinisch wichtige Varianten der Form und Lage des Dickdarms und ihre Bedeutung für die Chirurgie. (Inst. f. operat. Chir. Prof. Melnikoff, Univ. Charkow.) (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 37—39.) (Russisch.) **33**, 125.

Michon, Louis, Technique d'anastomose iléo-colique termino-latérale. (Journ. de chir. Bd. **25**, Nr. 1, S. 27—30.) **31**, 623.

Milligan, J. D., The significance of the colon in abdominal distress. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 6, S. 427—432.) *

Mussu, E., und I. Făgărăşanu, Über eine anormale Lage des Colon pelvinum. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 7/8, S. 264—268.) (Rumänisch.) **33**, 125.

Norbury, Lionel E. C., The treatment of certain atonic and atrophic conditions of the coecum. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 4, sect. of surg., sub-sect. of proctol., 12. XI. 1924, S. 14—23.) **31**, 316.
Phillips, C. E., Surgical treatment of diseases of the colon. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 6, S. 710—714.) **33**, 126.
Poljenoff, A. L., Zur Klinik der Deviationen des proximalen Dickdarmabschnitts. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 576.) (Russisch.) **35**, 173.
Rosenak, M., Interessante Dickdarmoperationen. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Saposchkoff, K. P., Demucosatio intestini. Ein neues Operationsverfahren bei Darmausschaltungen. (Hosp. chir. Klin. d. milit.-med. Akad., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **132**, H. 1, S. 143—148.) **37**, 904.
Savignac, Roger, Instrumentation rectoscopique. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 48, S. 441 bis 444.) **34**, 34.
Sawkow, N. M., Zur Frage der radikalen Behandlung des S romanum. (Chir. Abt., Gouvernem.-Krankenh., St. Penza.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 23, S. 1247 bis 1249.) **32**, 376.
Seldowitsch, J. B., Zur Blutversorgung des Dickdarms. Vorl. Mitt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 49, S. 2765—2772.) **34**, 520.
Steindl, Hans, Über Wert und Indikationsbreite der Recto-Romanoskopie. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 24, S. 1408—1415.) **33**, 64.

Dickdarmdivertikel.

Bogart, Arthur H., Diverticulitis of the intestine, with a report of eight cases. (I. surg. serv., Methodist-episcopal hosp., Brooklyn.) (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 7, S. 254—264.) **32**, 838.
Colby, Fletcher H., Bladder involvement in diverticulitis of the sigmoid. (Urol. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 1, S. 4—8.) **32**, 304.
Conley, H. P., Diverticulosis of the colon. (Dep. of radiol., coll. of med., univ. of Tennessee, Knoxville.) (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 7, S. 503—506.) **33**, 278.
Drummond, Hamilton, Case of sacculitis of the pelvic colon with localized abscess. Death due to portal pyaemia. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 4, sect. of surg., sub-sect. of proctol., 12. XI. 1924, S. 11—12.) *
Erdmann, J. F., Acute diverticulitis of the colon. (Journ. of the med. soc. of New Jersey **22**, S. 376.) **34**, 724.
Fantozzi, Giuseppe, Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio dei diverticoli della parte terminale del retto. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 4, S. 418—432.) **34**, 170.
Feist, Georg H., Chirurgische Komplikationen bei der Diverticulosis des S romanum. (Dtsch. chir. Klin., Univ. Prag.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 338 bis 347.) **34**, 322.
Finsterer, H., Incarceration eines Graserschen Divertikels der Flexura sigmoidea. Med. Klin Jg. **21**, Nr. 49, S. 1841—1842.) **34**, 169.
Gerzowitsch, M., Über die Resultate der verschiedenen operativen Behandlungsmethoden der Divertikulose des Dickdarms. (Chir. Klin., Univ. Bern.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 6, S. 124—128.) **31**, 393.
Hurst, A. E., and R. P. Rowlands, Diverticula of the colon. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 4, S. 462—484.) **33**, 749.
Larimore, J. W., Diverticulitis of the large intestine. (Journ. of the Missouri state med. assoc. **22**, S. 129.) **33**, 749.
Le Wald, Leon Theodore, Right-sided diverticulitis and diverticulosis. (Bellevue hosp. med. coll., univ., New York.) (Radiology Bd. **4**, Nr. 1, S. 43—48.) *
McKenna, Charles Morgan, Diverticulum of the large intestine communicating with the urinary bladder. (Dep. of genito-urinary surgery, coll. of med., univ. of Illinois, Chicago.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 443—453.) **32**, 777.
Pauchet, Victor, Die Diverticulitis des Colons. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 48, S. 1368.) (Spanisch.) *
Peck, Charles H., Diverticulitis of the colon. Clinical types and treatment. (Surg. serv., Roosevelt hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 322 bis 325.) **31**, 934.
Porter, Miles F., Enteroliths and diverticula, especially enteroliths contained in diverticula of the large bowel. Report of a case. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 2, S. 185—186.) **32**, 838.

Primrose, A., Massive tumors due to diverticulitis of the large bowel. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 825—827.) 32, 778.
Quervain, F. de, Diagnostic et traitement chirurgical de la diverticulite du gros intestin. (Clin. chir., univ., Berne.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 3. S. 185—191.) 32, 613.
Sigmund, Adolf, Seltene Darmdivertikel. (Časopis lékařů českých Jg. 64. Nr. 4. S. 130—135.) (Tschechisch.) 31, 557.
Spriggs, E. I., and O. A. Marxer, Intestinal diverticula. (Quart. journ. of med. Bd. 19, Nr. 73, S. 1—34.) 34, 522.

Hirschsprungsche Krankheit, Megacolon, Megasigma, Sigma elongatum mobile, Coecum mobile.

Brüning, Zur Ätiologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit, insbesondere über den Darmverschluß bei derselben. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin. Sitzg. v. 15.—18. IV.) 31, 702.
Brüning, F., Zur Ätiologie und Therapie der Hirschsprungschen Krankheit. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 [Kongreßber.], S. 435—448 u. S. 144—146.) 33, 528.
Costanzi, Carlo, Megacolon congenito. (Policlinico Jg. 32, H. 10, S. 346—351.) *
Cserey-Pechány, A., Über die Frage der Hirschsprungschen Krankheit. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX.) 34, 33
Ficler, Albert, Betrachtungen über einen Fall von Hirschsprungscher Krankheit. (Spitalul Jg. 45, Nr. 6, S. 229—230.) (Rumänisch.) *
Finochietto, Ricardo, Megasigmoideum. Akute Okklusion durch Volvulus und Klappenokklusion. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 20, S. 1033—1039.) (Spanisch.) 32, 375.
Finochietto, Ricardo, Megasigmoideum. Die Rectosigmoideoskopie in schwierigen Fällen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 48, S. 1341—1346.) (Spanisch.) 34, 520.
Greig, David M., Congenital microcolon. (Roy. col. of surg. museum, Edinburgh.) (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 4, S. 175—206.) 32, 44.
Hartley, Harold, Congenital megacolon with absence of vagina. (Brit. med. journ. Nr. 3349, S. 451—452.) *
Hofmann, Ottokar, and George Hobert Ewell, Hirschsprung's disease, or congenital megacolon. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 674—683.) 34, 169.
Kantor, John L., A clinical study of some common anatomical abnormalities of the colon. II. The low cœcum. (Vanderbilt clin., Columbia univ., New York.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 3, S. 207—215.) 33, 528.
Kerr, Harry H., Radical treatment of Hirschsprung's disease. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 4, S. 290—295.) 32, 199
MacLean, A. Bruce, Undescended cœcum. (X-ray dep., roy infirmary, Glasgow.) (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 6, S. 352—355.) 34, 169.
Norbury, Lionel E. C., The treatment of certain atonic and atrophic conditions of the cœcum. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 4, sect. of surg., sub-sect. of proctol., 12. XI. 1924, S. 14—23.) 31, 316
Palugyay, Josef, Zur Frage des Megacolon congenitum. (Ein Fall von Hirschsprungscher Krankheit.) (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 5, S. 143—145.) 31, 393.
Perlmann, I., Megasigmoideum und Mesosigmoiditis. (Chir. Fakult.-Klin., Weissruss. Staatsuniv., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 230—233.) 31, 103.
Tamini, G., Megacolon congenito. (Bologna: L. Cappelli 1925. 240 S. L. 20.—) *
Wachendorf, Kurt, Zur Pathogenese der Hirschsprungschen Krankheit. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 42, S. 1793 bis 1794.) 33, 593.
Wade, R. B., Hirschsprung's disease. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 23, S. 598) *
White, Franklin W., Studies of the redundant colon. (40. sess., Washington, 5.—7. V. 1925.) (Transact. of the assoc. of Americ. physic. Bd. 40, S. 282—295.) 35, 44.

Entzündliche Krankheiten des Kolon.

Borgbjaerg, Axel, Zwei Fälle von Colitis suppurativa, mit Autovaccine behandelt. (Ugeskrift f. laeger Jg. 87, Nr. 42, S. 909—912.) (Dänisch.) *
Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Chronische Amöbenrectokolitis und Polyposis intestinalis. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 326—331.) (Spanisch.) 35, 249.
Crechomski, A., Über die sogenannte „Sigmoiditis dissecans". (Polski przeglad chir. Bd. 3, H. 3, S. 341—352.) (Polnisch.) *

Crohn, Burrill B., and Herman Rosenberg, The sigmoidoscopic picture of chronic ulcerative colitis (non-specific). (Med. dep., Mt. Sinai hosp., New York.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 2, S. 220—228.) **32**, 839.
Dyas, Frederick G., Colitis. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 6, S. 440—441.) **32**, 469.
Einhorn, Max, Traitement de la colite ulcéreuse chronique par des irrigations du côlon sans opération préalable à l'aide du tube intestinal introduit par la bouche. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 1, S. 4—6.) **32**, 147.
Evans, Thomas Carey, The surgical treatment of chronic ulcerative colitis. (Hosp. f. trop. dis., London.) (Brit. med. journ. Nr. **3344**, S. 204—205.) **31**, 316.
Hurst, Arthur F., Is medical or surgical treatment indicated for ulcerative colitis? (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 1, S. 48—50.) **31**, 886.
Ive, Cyrus, Some cases of ulcerative colitis. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 1, S. 35 bis 44.) **31**, 886.
Lynch, Jerome M., and Joseph Felsen, Non-specific ulcerative colitis. (Arch. of internal med. Bd. **35**, Nr. 4, S. 433—456.) *
Mankuss, G. F., Zur Behandlung der Colitis ulcerosa gravis mit Appendicostomie. (Med. Klin., Mittelasiat. Univ., Taschkent, Prof. Slonim.) (Turkestanski medizinski žurnal Bd. **4**, H. 1, S. 42—45.) (Russisch.) **33**, 278.
Pavlovsky, Alejandro J., Perforierende Sigmoiditis. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 1, S. 18—21.) (Spanisch.) **32**, 469.
Piergrossi, Lamberto, Le affezioni dolorose del colon. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 2, S. 264—329.) **33**, 62.
Rankin, Fred W., Surgery of the left colon. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 4, S. 287—290.) **32**, 470.
Rienhoff jr., William Francis, The surgical treatment of chronic ulcerative colitis by ileo-sigmoidostomy. (Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. 5, S. 430—439.) **34**, 322.
Seefisch, G., Über Colitis ulcerosa gravis. (Lazaruskrankenh., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 47, S. 1943—1945.) **34**, 32.
Teutschlaender, Otto, und Bruno Valentin, Enteritis phlegmonosa (durch Darmresektion geheilte Coecumphlegmone). (Chir. Klin. u. pathol. Inst., Univ. Heidelberg.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 4, S. 469—480.) **33**, 63.
Tichonowič, A. W., Einige Fälle von Heilung bei Colitis ulcerosa s. haemorrhagica chr. auf operativem Wege (Appendicostomia). (Chir. Univ.-Klin. u. Gouvernementskrankenh., Jaroslaw.) (Russkaja klinika Bd. **41**, Nr. 18, S. 611—618.) Russisch.) **35**, 838.
Venables, J. F., A case of ulcerative colitis: Recovery with development of a stricture of the pelvic colon. (Guy's hosp. reports Bd. **75**, Nr. 1, S. 44—48.) **31**, 886.

Kolontuberkulose, Syphilis, Aktinomykose.

Bravo Zamora, Luis, und Lorenzo Galíndez, Hypertrophische Ileocöcaltuberkulose. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. **9**, Nr. 1, S. 167—175.) (Spanisch.) *
Cornioley, Ch., et Raoul Hoffmann, L'actinomycose intestinale. (II. serv. de chir. hôp. cantonal, Genève.) (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 6, S. 576—591.) **33**, 390.
Crespo Alvarez, Dacio, Die peritoneale und intestinale Tuberkulose als Ursache von Darmverschluß. (Clin. castellana Bd. **31**, Nr. 1, S. 1—10.) (Spanisch.) **33**, 343.
Fischer, Aladár, Die ileocöcale Tuberkulose und ihre chirurgische Behandlung. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 42, S. 942—946.) (Ungarisch.) **33**, 668.
Fischer, Aladár, Die ileocöcale Tuberkulose und ihre chirurgische Behandlung (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Fisher, A. O., The surgical treatment of ileocecal tuberculosis. (Dep. of surg., Washington univ. a. Barnes hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1213—1231.) **35**, 330.
Ganter, M., und A. Kuijer, Syphilis des Colon transversum. (Milit. hosp., Makassar.) (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch-Indië Bd. **65**, H. 6, S. 766—772.) (Holländisch.) **36**, 590.
Gougerot, H., Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-périneo-génitales et buccales. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 67, S. 1121 bis 1126.) **34**, 725.
Herrick, Frederick C., Tuberculoma of the caecum. Hyperplastic tuberculosis. (Surg. serv., Cleveland city hosp., Cleveland.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 801 bis 820.) **32**, 45.

Lynch, Jerome M., Ileocœcal tuberculosis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 1, S. 24—29.) *

Mandl, Dezsö, Die Darmtuberkulose und ihre Behandlung. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 126—130.) (Ungarisch.) **33**, 746.

Subkoff, A. W., Zur Kasuistik d. hyperplastischen Cöcaltuberkulose. (Chir. Abt. Gouvernement Krankenh., Tambow. Vorstand Dr. W. A. Bogorodizkii.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, S. 180—181.) (Russisch.) *

Andere Krankheiten des Coecum und Kolon (auch Traumen).

Baženoff, P., Ein Fall einer extraperitonealen Verwundung des Dickdarms. (Chir. Gouvernements-Krankenh., Orel.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1525 bis 1526.) (Russisch.) *

Deton et Belot, Un cas de perforation traumatique de l'intestin grêle. (Hôp. civ., Charleroy.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 9, S. 788—790.) **35**, 45.

Dzialoswynski, Arthur, Gangrän des Colon transversum. (Erstmalige Beobachtung eines geheilten Falles.) (Städt. Krankenh. Westend, Charlottenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 38, S. 2120—2122.) **33**, 345.

Montanari, Ernesto, Sopra un caso di ileo-sigmoidostomia per stenosi multiple dell'intestino crasso. (Casa di cura per malatt. chir., Marciano di Romagna, Forlì.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 332—342.) **32**, 776.

Schmorell, H., Über eine eigenartige Verletzung der Flexura sigmoidea. (Städt. Krankenh., Memel.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 7, S. 349—350.) **32**, 199.

Coecum- und Kolongeschwülste.

Belz, A. A., Zur Kasuistik der Lipome des Dickdarms. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 108—111. 1925.) (Russisch.) **33**, 127.

Blumenthal, Ferdinand, Diagnostik des Krebses im Bereich des Verdauungstraktus. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. S. 11—42.) *

Bobin, V., Zur Kasuistik des Situs viscerum inversus totalis. (Ukrainer psychoneurol. Inst., Krasnodar, Dir. A. Geimanović.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 24/26, S. 1983 bis 1985.) (Russisch.) **35**, 621.

Butler d'Ormond, R. de, Le cancer du colon. Son traitement. La colectomie est-elle ou non une opération grave? (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 80, S. 1301 bis 1303.) **33**, 594.

Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Chronische Amöbenrectokolitis und Polyposis intestinalis. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 326—331.) (Spanisch.) **35**, 249.

Copello, Oscar, Krebse des rechten Dickdarmabschnittes. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. **1**, Nr. 2, S. 274—292.) (Spanisch.) **35**, 43.

Crile, George W., Cancer of the large intestine. (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 2, S. 47—50.) **31**, 761.

Cumston, Charles Greene, The symptomatology and diagnosis of cystic neoplasms of the ascending mesocolon. (Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 155—162.) **32**, 775.

David, Vernon C., Papillomata of the large bowel. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 1, S. 109 bis 130.) **32**, 778.

Dratčinskaja, E., Zur Frage über die multiplen bösartigen Neubildungen; ein Fall von Carcinoma multiplex des Dickdarmes. (Chir. Fak.-Klin., med. Hochsch., Leningrad, Prof. Schaack.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 3, Nr. 27, S. 356 bis 361.) (Russisch.) *

Erdmann, John F., and John H. Morris, Polyposis of the colon. A survey of the subject. (Surg. dep., New York postgraduate hosp.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 460—468.) **31**, 934.

Fantino, G., La diagnosi precoce del cancro del sigma colico, del retto e dell'ano. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 44—46.) *

Fischer, A. W., Zur Diagnose, Therapie und Prognose der Dickdarmgeschwülste mit besonderer Berücksichtigung des Untersuchungsganges bei Verdachtsfällen. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 16, S. 760 bis 765.) **32**, 45.

Fornaca, Luigi, La diagnosi precoce del cancro dell'intestino. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 39 bis 44.) **36**, 591.

Friedenwald, Julius, and Lewis J. Rosenthal, Some observations on the diagnosis of carcinoma of the colon and rectum. (Gastroenterol. clin., dep. of med., univ. of Maryland, Baltimore.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 8, S. 447—450.) **33**, 594.
Gross, Fritz, Endometrioide Heterotopie am Colon sigmoideum im Stadium klimakterischer Rückbildung. (Städt. Krankenh., Augsburg.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 258—268.) **34**, 723.
Homans, John, The early diagnosis of cancer of the large bowel. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 15, S. 695—704.) **31**, 935.
Klinkert, H., Die Darmgeschwülste und der Hausarzt. (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 21, S. 485—491 u. H. 22, S. 513—519.) (Holländisch.) *
Krecke, A., Die Frühdiagnose des Dickdarmcarcinoms. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 45, S. 1926—1927.) *
Kudinzew, I. W., Die Polyposo des Dickdarms. (Chir. Klin., Prof. Kudinzew, Charkow.) (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 61—67. 1925.) **33**, 126.
Lehmann, Hans, Unter dem Bilde der Polyposis in Erscheinung tretende umschriebene Hyperplasie des lymphatischen Gewebes im Dickdarm. (Pathol. Inst., städt. Spit., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 391—396.) **32**, 376.
Lynch, Jerome M., and Joseph Felsen, Tumors of the colon and rectum. Their pathology, diagnosis and treatment. (New York: Paul B. Hoeber 1925. 274 S. $ 12.—.) *
Marotta, Armando R., Krebs des Verdauungsapparates. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 209—211.) (Spanisch.) *
Menninger, William C., and Hall G. Holder, Carcinoma of the sigmoid colon rupturing into the abdominal wall. (II. surg. div., Bellevue hosp. New York.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 3, S. 126—128.) *
Montgomery, James G., Three stage operation for radical resection of the colon for cancer. With report of a case. (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 497 bis 501.) *
Moore, John T., Lipomata of the sigmoid. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 3, S. 407—410.) **31**, 624.
Pauchet, Victor, Trattamento del cancro del colon destro. (Osp. S. Michele, Parigi.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 26, S. 601—602.) **32**, 839.
Porges, Hans, Die Chirurgie des Dickdarmkrebses, unter Zugrundelegung des Materials von 312 Fällen der Klinik Hochenegg. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 5/6, S. 321—335.) **33**, 529.
Rankin, Fred W., Surgery of the left colon. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 4, S. 287—290.) **32**, 470.
Reichel, Paul, und Martin Staemmler, Die Neubildungen des Darmes. I. (Stuttgart: F. Enke 1925. X, 380 S. RM. 16.80.) *
Schaack, W. A., Zur Klinik und chirurgischen Behandlung der bösartigen Dickdarmgeschwülste. (Chir. Fak.-Klin., med. Hochsch., Leningrad, Prof. Schaack.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. **7**, H. 1, Nr. 25, S. 66—79.) (Russisch.) **33**, 64.
Sistrunk, Walter E., The treatment of cancer of the colon. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 1, S. 28—32.) **34**, 724.
Sistrunk, Walter E., Carcinoma of the coecum and ascending colon. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 3, S. 729—735.) *
Stranz, Gyula, Fremdkörpergeschwulst im Dickdarm, maligne Geschwulst vortäuschend. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 41, S. 984—985.) (Ungarisch.) *
Wainwright, J. M., Carcinoma of the colon, above the sigmoid flexure, in childhood (under sixteen). (Report of an unusual case. (Moses Taylor hosp., Scranton, Pa.) (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 7, S. 419—421.) *

Anus praeternaturalis, Kolonfistel.

Ahrens, Neue Gesichtspunkte zur Behandlung von Duodenal- und hochsitzenden Dünndarmfisteln, sowie zur Anlegung von Darmfisteln überhaupt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 34, S. 1886—1889.) **33**, 56.
Delore, X., H. Comte et R. Labry, Au sujet du traitement du rétrécissement des anus contre nature. (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 47, S. 626—629.) **34**, 34.
Fecher, K., Die Behandlung von Darmfisteln mittels Öltampons. (Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 24, S. 890—891.) **32**, 615.
Fecher, K., Behandlung der Darmfisteln durch ölgetränkte Tampons. (Städt. Krankenh. am Friedrichshain, Berlin.) (Vox med. Jg. **5**, Nr. 7, S. 369—372.) **33**, 119.
Gordon-Watson, C., A case of hernia of the small intestine through the colostomy wound twelve years after abdomino-perineal excision of the rectum fo carcinoma.

(Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. **4**, sect. of surg., sub. sect. of protol., 12. XI. 1924, S. 10.) *

Hagiwara, Y., Studien über die Anlegung des Anus praeternaturalis abdominis. (Arch. f. japan. Chir. Bd. **2**, H. 3.) (Japanisch.) **32**, 471.

Jirásek, Arnold, Die physiologischen Voraussetzungen der richtig entsprechenden Kolostomie. (I. chir. Klin., Karlsuniv., Prag.) (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 1, S. 84—87.) **31**, 887.

Kappis, Max, Die operative Bildung eines schlußfähigen Kunstafters. (Fortschr. d. Therapie Jg. **1**, H. 13, S. 425—428.) **34**, 318.

Kleinschmidt, O., Über die Bildung eines verschließbaren Anus praeternaturalis nach Kurtzahn-Haecker. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 12, S. 626—631.) **31**, 625.

Korganowa-Müller, F. S., Zur Technik der Anus praeternaturalis-Anlegung. (Chir. Abt., Timirjasew-Krankenh., Moskau.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 250—254.) (Russisch.) **35**, 45.

Kudinzeff, I., Anus praeternaturalis mit einem Darmempfänger für Faeces unter der Haut. (Chir. Univ. Klin., Charkow.) (Wratschebnoje djelo Jg. **8**, S. 634—636.) (Russisch.) **32**, 776.

Lambert, O., Anus iliaque en trompe ou en gargouille. (Clin. chir., fac. de méd., Lille.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 12, S. 183—187.) **31**, 626.

Paulikovics, E., Vier Fälle von innerer Kolonfistel nach operativer Behandlung des Magengeschwürs. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10. bis 12. IX. 1925.) *

Peco, Gabriel, Fistula jejuno-colica. (Clin. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **6**, Nr. **2**, S. 123—131.) (Spanisch.) *

Pollosson, E., et H. Comte, Cure chirurgicale des anus contre nature. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 6, S. 827—850.) **34**, 522.

Schilffarth, Georg, Duodenalkolonfistel bei Krebs des Colon ascendens. Kasuistischer Beitrag zur Lehre von den sogenannten inneren Darmfisteln. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Erlangen.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **35**, H. 1/2, S. 1—9.) **33**, 64.

Soresi, A. L., Umbilical artificial anus. (Greenpoint hosp., Brooklyn.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 103—104.) **32**, 613.

Starlinger, F., Zur Kasuistik der inneren Darmfistel. (I. chir. Klin., Univ. Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 37, S. 2053—2055.) **33**, 119.

Steinitz, Hermann, Über Indicanurie als Symptom der Fistula gastrocolica. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **36**, H. 1/2, S. 29—33.)*

Verbrugge, Jean, Gastrojejunocolic fistulas. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 5, S. 790 bis 708.) **33**, 822.

Rectum.

Allgemeines.

Buie, Louis A., The diagnosis and treatment of the more common diseases of the anus, rectum, and sigmoid. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. **3**, S. 829 bis 854.) **32**, 616.

Fantozzi, Giuseppe, Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio dei diverticoli della parte terminale del retto. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 4, S. 418—432.) **34**, 170.

Isaacs, Harry J., and M. I. Kaplan, Dyschezia. (Mt. Sinai hosp., Chicago.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. **14**, Nr. 5, S. 439—442.) **34**. 34.

Kirschner, M., Zur Technik der Dehnung des Afterschließmuskels. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 34, S. 1874—1876.) **33**. 390.

Marimón, Entfernung des Steißbeines bei Prozessen in der Fossa ischiorectalis. (Siglo méd. Bd. **75**, Nr. 3728, S. 533—534.) (Spanisch.) **32**, 411.

Rosser, Curtice, Rectal pathology in the negro. Incidence and peculiarities. (Dep. of surg. a. proctol., Baylor univ. coll. of med., Waco.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 2, S. 93—97.) **31**, 104.

Rectumfremdkörper und Verletzungen.

Drueck, Charles J., Foreign bodies in the rectum and sigmoid flexure. (Postgraduate hosp. a. med. school, Chicago.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 9, S. 222 bis 227.) **33**, 344.

Drummond, Hamilton, Traumatic rupture of the rectum into the peritoneal cavity. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 4, sect. of surg., sub. sect. of proctol., 12. XI. 1924, S. 13—14.) *

Madelung, Otto W., Die Pfählungsverletzungen des Afters und des Mastdarms. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 1, S. 1—80.) 33, 278.
Makazaria, W., Zur Kasuistik der Entfernung von Fremdkörpern aus dem Dickdarm, der Nasenhöhle und der Vagina. (Chir. Abt., Hauptkrankenh., Batum.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 19/20, S. 1523.) (Russisch.) *
Raul, P., Rupture traumatique du rectum. Intervention. Guérison. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 3, S. 81—82.) 33, 65.

Rectumprolaps.

Dobromyslow, F. F., Über die operative Behandlung des Prolapsus recti nach Rehn-Delorme-Bier. (Chir. Abt., 4. Sowjet-Krankenh. fr. Gouvernementskrankenh., Charkow.) (Nowy chirurgitscheski archiv Bd. 6, H. 4, S. 548—551.) (Russisch.) 33, 128.
Drueck, Charles J., Complete prolapse of the rectum. (Post-graduate hosp. a. med. school, Chicago.) (Internat. clin. Bd. 3, Ser. 35, S. 175—192.) 33, 750.
Ekehorn, G., Zur Frage der Rectopexie wegen Rectumprolaps bei Kindern. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 397—404.) 31, 318.
Filippow, N. N., Zur chirurgischen Behandlung des Rectalprolapses. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 68—72. 1925.) (Russisch.) 33, 128.
Hirschman, Louis J., An operation for concealed prolapse of the rectum and sigmoid. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 7, S. 345—347.) 34, 322.
Kusmin, S., Rectopexia posterior nach Kümmel bei Mastdarmvorfall. (Chir. Klin., staatl. Hochsch. d. med. Wiss., Leningrad, Prof. Hesse.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 678—681.) (Russisch.) 36, 366.
Makijewskij, A. J., Zum Prolapsus recti. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 87—91.) (Russisch.) 32, 617.
Mamikonov, M. I., Drei Fälle von Kümmellscher Operation bei Mastdarmvorfall. (Chir. Abt., Černogorodskajo-Krankenh., Baku.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8. H. 2, Nr. 30, S. 297.) (Russisch.) 35, 45.
Ottenberg, Reuben, and Leo Gottschalk, The heredity of complete rectal prolapse. (Dep. of med., Mount Sinai hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 5, S. 335—336.) *
Petrén, Gustaf, Zur Frage der Spätresultate nach Rektopexie à la Ekehorn wegen Rectumprolaps bei Kindern. (Chir. Klin., Univ. Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 4/5, S. 287—298.) 34, 171.
Pokryškin, L., Zur Behandlung des Mastdarmprolapses. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 107—117.) (Russisch.) 38, 380.
Proskurjakov, S., Die Thiersch-Brunsche Operation bei Rectumprolaps. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 192—198.) (Russisch.) 38, 380.
Rosanow, M. N., Die Sigmoideorectostomie als Operation der Wahl bei Prolaps des Beckenabschnittes des Rectums. (Gouvernements-Volkskrankenh., Kursk.) (Kursky Vračebno-Ssanitarny Sbornik Jg. 1, Bd. 1, Nr. 1, S. 33—45.) (Russisch.) 35, 452.
Vanverts, J., Un cas de prolapsus vaginal vrai du rectum (hernie vaginale du rectum). (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 6, S. 477—478.) 33, 128.

Gonorrhöe, Syphilis und Tuberkulose des Rectums, Strikturen, Geschwüre.

Barbilian, N., Quelques considérations sur le traitement des rétrécissements inflammatoires du rectum. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 18, S. 286—287.) 31, 762.
Bensaude, R., et J. H. Marchand, Un traitement particulièrement efficace du rétrécissement inflammatoire du rectum. (Hôp. St. Antoine, Paris.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 96, S. 1588—1590.) 36, 522.
Gougerot, H., Tuberculoses et nocardoses éléphantiasiques ulcéreuses et fistuleuses recto-ano-périneo-génitales et buccales. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 67, S. 1121 bis 1126.) 34, 725.
Jessen, Harald, Zur Kenntnis der tuberkulösen Rectalstrikturen. (Waldsanat. Davos.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 14, S. 553—554.) 33, 390.
Lapyšev, D., Zur Kasuistik der gummösen Erkrankungen des Rectums. (Dermatol. Klin., Univ. Tomsk, Dr. Bogoljepov, Tomsk.) (Russkij vestnik dermatologii Jg. 2, Bd. 3, Nr. 4, S. 322—325.) (Russisch.) *
Martin, Edward G., and Herbert I. Kallet, Primary syphilis of the anorectal region. (Dep. of proctol., city receiving hosp. a. rectal clin., physician's office, Detroit.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 21, S. 1556—1558.) 33, 65.

Napalkoff, N. I., Narbige Verengerungen des Mastdarms. (Chir. Univ.-Klin., Rostow am Don.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 594.) (Russisch.) **35**, 175.

Picard, Hugo, Diathermiebehandlung der Strictura recti. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 31, S. 1709—1711.) **32**, 577.

Steindl, Hans, Über nichtcarcinomatöse Erkrankungen des Rectums. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 34, S. 1931—1934 u. Nr. 38, S. 2113—2123.) **33**, 279.

Tierny, Auguste, Traitement des abcès péri-anaux et des fistules à l'anus. (Hôp. St.-Jean, Paris.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 9, S. 782—787.) **34**, 725.

Rectumgeschwülste.

Alenič, A., Zur Frage über den Ersatz des Sphincters bei der Rectumexstirpation. (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 219—226.) (Russisch.) **37**, 903.

Bauer, K. H., Technisches zur abdomino-sakralen Rectumexstirpation. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 114—117.) **34**, 171.

Blake, Joseph A., Carcinoma of rectum. Report of operations and presentation of cases. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 1, S. 177—179 u. 184—190.) **32**, 840.

Blumenthal, Ferdinand, Diagnostik des Krebses im Bereich des Verdauungstraktus. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. S. 11—42.) *

Drueck, Charles J., Benign tumors of the anus and rectum. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 11, S. 647—651 u. Nr. 12, S. 735—738.) **34**, 522.

Drueck, Chas. J., Post-rectal tumors. (Post graduate hosp. a. med. school, Chicago.) (Americ. journ of surg. Bd. **39**, Nr. 10, S. 247—249.) **33**, 595.

Erdmann, John F., and John H. Morris, Polyposis of the colon. A survey of the subject. (Surg. dep., New York postgraduate hosp.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 460—468.) **31**, 934.

Fantino, G., La diagnosi precoce del cancro del sigma colico, del retto e dell'ano. (Osp. magg. di. S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 44—46.) *

Fornaca, Luigi, La diagnosi precoce del cancro dell'intestino. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 39—44.) **36**, 591.

Friedenwald, Julius, and Lewis J. Rosenthal, Some observations on the diagnosis of carcinoma of the colon and rectum. (Gastroenterol. clin., dep. of med., univ. of Maryland, Baltimore.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 8, S. 447—450.) **33**, 594.

Gabriel, W. B., The results of perineal excision in the treatment of carcinoma of the rectum. Analysis of 143 cases. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 466 bis 472.) **31**, 394.

Goldblatt, Myron E., Melanoma of the rectum. Report of case. (Brady laborat. of pathol. a. bacteriol., Yale univ. school of med., New Haven.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 26, S. 1986—1987.) **32**, 617.

Gordon-Watson, C., A case of hernia of the small intestine through the colostomy wound twelve years after abdomino-perineal excision of the rectum for carcinoma. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **18**, Nr. 4, sect. of surg.-sub. sect. of proctol., 12. XI. 1924, S. 10.) *

Homans, John, The early diagnosis of cancer of the large bowel. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 15, S. 695—704.) **31**, 935.

Hook, G., Anlegen einer Rectumfistel zur Beseitigung des nach Anlegung eines künstlichen Afters fortbestehenden Tenesmus bei inoperablem Mastdarmcarcinom. (Kath. Krankenh., Erfurt.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 29, S. 1591—1594.) **32**, 617.

Jelks, John L., Cancer of the rectum. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 4, S. 295 bis 299.) **32**, 200.

Izquierdo, José, Artificial anal sphincter. (Milit. surg. Bd. **56**, Nr. 5, S. 577 bis 578.) **32**, 376.

Kausch, Zur Rectumexstirpation. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 703.

Klinkert, H., Die Darmgeschwülste und der Hausarzt. (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 21, S. 485—491 u. H. 22, S. 513—519.) (Holländisch.) *

Krecke, A., Die Frühdiagnose des Dickdarmcarcinoms. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 45, S. 1926—1927.) *

Landsman, Arthur A., Precancerous conditions about the rectum. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 3, S. 135—137.) *

Lynch, Jerome M., and Joseph Felsen, Tumors of the colon and rectum. Their pathology, diagnosis and treatment. (New York: Paul B. Hoeber 1925. 274 S. $ 12.—.) *

Mandl, Felix, Zur Anwendungsbreite des primären und sekundären Durchzugsverfahrens nach Resektion des Mastdarmkrebses auf sakralem Wege. (Gleichzeitiger Hinweis auf die Möglichkeit einer künstlichen Prolabierung und deren Ausnutzung.) (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 3, S. 479—494.) **33**, 127.

Mandl, Felix, Zur Indikation der Rectotomia posterior beim Mastdarmkrebs. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 38, S. 2144—2118.) **33**, 345.

Marotta, Armando R., Krebs des Verdauungsapparates. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 209—211.) (Spanisch.) *

Maunsell, R. Charles B., Two cases of carcinoma of the rectum, complicated by pregnancy, and treated by excision. (Irish journ. of med. science Ser. **5**, Nr. 36, S. 1—6.) **32**, 617.

Maunsell, R. Charles B., Carcinoma of the rectum complicated by pregnancy. Two cases treated by excision. (Brit. med. journ. Nr. **3357**, S. 826—827.) **33**, 127.

Oppokov, V. J., Die Entfernung des Rectumcarcinoms bei Frauen auf vaginalem Wege. (Klin. Inst. z. Fortbildung v. Ärzten, Krankenh. Babuchin, Moskau, Chefarzt N. Choli. (Trudy akušersko-gynekologičeskovo obščestva Bd. **29**, S. 98—103.) **36**, 365.

Pennington, J. Rawson, Some aspects of carcinoma of the rectum and of carcinoma in general. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 10, S. 573—579.) **34**, 34.

Pfeiffer, Damon B., Cancer of the rectosigmoid tract. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 12, S. 814—818.) *

Porges, Hans, Die Chirurgie des Dickdarmkrebses, unter Zugrundelegung des Materials von 312 Fällen der Klinik Hochenegg. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 5/6, S. 321—335.) **33**, 529.

Razzaboni, Giovanni, Le complicazioni prostatiche consecutive agli interventi semplici sul retto. (Parma: Tip. già coop. Parmense 1925. 14 S.) *

Reichel, Paul, und Martin Staemmler, Die Neubildungen des Darmes. I. (Stuttgart: F. Enke 1925. X, 380 S. RM. 16.80.) *

Rosser, C., Cancer of the rectum and rectosigmoid. (Texas state med. journ. **20**, S. 607.) **33**, 750.

Russell, James I., Cancer of rectum and recto-sigmoid. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 5, S. 972—975.) **32**, 199.

Saphir, Joseph F., True dermoid cyst of the anterior wall of the rectum. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 3, S. 144—147.) **31**, 886.

Sawday, A. Ernest, Partial intestinal obstruction in a child duo to post-rectal teratoma. (Brit. med. journ. Nr. **3381**, S. 685.) *

Schwartz, A., et Gaudier, Résultats éloignés de l'exstirpation du cancer du rectum. (XXXIV. congr. franç. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 80, S. 1341—1342 u. Nr. 81, S. 1353—1354.) **34**, 101.

Steindl, Hans, Über nichtcarcinomatöse Erkrankungen des Rectums. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 34, S. 1931—1934 u. Nr. 38, S. 2113—2123.) **33**, 279.

Sutejev, G. O., Zur Klinik und Pathogenese der elephantiastischen Vorgänge im Rectum. (Ostroumowsches Krankenh.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. **5**, Nr. 12, S. 42—46.) (Russisch.) **35**, 516.

Thring, E. T., The surgical treatment of cancer of the rectum. (Roy. Prince Alfred hosp., Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 9, S. 201—205.) **31**, 761.

Umfrage über die chirurgische Behandlung des Mastdarmkrebses. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 39, S. 1451—1454, Nr. 40, S. 1491—1493, Nr. 41, S. 1534—1535 u. Nr. 47, S. 1757—1760.) **33**, 390. **34**, 101.

Villard, E., et A. Ricard, L'extirpation abdomino-transanale du rectum. Technique, indications. (Lyon. chir. Bd. **22**, Nr. 2, S. 129—160.) **32**, 147.

Villemin, F., P. Huard et M. Montagné, Recherches anatomiques sur les lymphatiques du rectum et de l'anus. Leurs applications dans le traitement chirurgical du cancer. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 1, S. 39—77.) **31**, 317.

Witkowski, Edward, Zur Operation des Mastdarmkrebses. (Warszawski czasopismo lekarskie Jg. **2**, Nr. 7, S. 280—282.) (Polnisch.) **34**, 170.

Anus.

Allgemeines.

Bensaude, Raoul, André Cain et Pierre Oury, Excroissances, végétations et néoplasies du canal anal. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 5, S. 409—442.) **32**, 840.

Buie, Louis A., The diagnosis and treatment of the more common diseases of the anus, rectum, and sigmoid. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 829 bis 854.) **32**, 616.

Callomon, F., Der Pruritus der Anogen alzone, seine Ursachen und Behandlung. (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, Nr. 11, S. 401—403.) (Spanisch.) **34**, 794.

Drueck, Charles J., Syphilis of the anus and rectum. (Med. journ. a. record Bd. 121. Nr. 4, S. 197—205 u. Nr. 5, S. 272—274.) **32**, 376.

Drueck, Charles J., Benign tumors of the anus and rectum. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 11, S. 647—651 u. Nr. 12, S. 735—738.) **34**, 522.

Fantino, G., La diagnosi precoce del cancro del sigma colico, del retto e dell'ano. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 44—46.) *

Heymann, Kurt, Zum Pruritus ani. (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 22, S. 355.) *

Kirschner, M., Zur Technik der Dehnung des Afterschließmuskels. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1874—1876.) **33**, 390.

Madelung, Otto W., Die Pfählungsverletzungen des Afters und des Mastdarms. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 1, S. 1—80.) **33**, 278.

Vinon, H.-E., Des hémorragies après intervention sur la région ano-rectale. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 201—203.) **32**, 778.

Zobel, Alfred J., Some problems in anorectal surgery. (Dep. of rectal dis., polyclin. a. post-graduate school, San Francisco.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 5, S. 118—121.) **32**, 377.

Angeborene Mastdarm- und Afterveränderungen.

Anders, H. E., Die Genese der angeborenen Stenosen und Atresien des menschlichen Darmkanals im Lichte der vergleichenden Entwicklungsgeschichte. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 3: Ergebn. d. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 26, S. 343—462.) *

Dieterichs, M., Angeborene Mißbildungen des Anus und Rectum. (Hosp. chir. Klin., Univ. Simferopol, Krim.) (Krimski medicinski archiv Jg. 2, Bd. 1, Nr. 3, S. 361 bis 379.) (Russisch.) **37**, 902.

Drueck, Charles J., Malformations of the anus and rectum. (Internat. clin. Bd. 1. Ser. 35, S. 181—197.) *

Farr, Robert, and Clarence W. Brunkow, Congenital abnormalities of the intestine. Intestinal aplasia: Atresia of the rectum and anus complicated by rectovesical fistula. with a report of cases. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 3, S. 417—433.) *

Kornfeld, W., und A. Fessler, Ein erhalten gebliebener teilweise ektopischer Sinus urogenitalis, verbunden mit einer Doppelbildung des Sigmoids. (Embryol. Univ.-Inst. u. Wilhelminenspit., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 2, S. 528—550.) **33**, 540.

Mauricio de Vargas, António, und Francisco Valente Rocha, Ein Fall von angeborenem Afterverschluß. (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 6, S. 319—321.) (Portugies.) *

Temesváry, Miklós, Anus vulvaris. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 40, S. 902—905.) (Ungarisch.) **34**, 35.

Temesváry, Nicola, Un caso di „anus vulvaris". (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Firenze.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. 3, H. 5, S. 639—657.) **33**, 279.

Viana, Odorico, Una rara anomalia fetale: L'ano ombelicale. (Maternità e scuola di ostetr., Verona.) (Clin. ostetr. Jg. 27, H. 1, S. 15—17.) *

Fissura und Fistula ani.

Adams, Wilmot, Stricture of anal canal following improper treatment. (Lancet Bd. 208. Nr. 10, S. 490.) **31**, 704.

Bensaude, Raoul, et Jan Rachet, L'ulcère atone de la commissure postérieure de l'anus. (Soc. de gastroentérol., Paris, 11. V. 1925,) (Arch. des maladies. de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 5, S. 466—478.) **32**, 840.

Bliss, Theodore, Fistula-in-ano. (China med. journ. Bd. 39, Nr. 10, S. 916—921.) **36**, 42

Cadenat, F.-M., Fistules et abcès péri-anaux. Faut-il dans les lésions extrasphinctériennes, sectionner le sphincter? (Hôpital Jg. 13, Nr. 156, S. 679—682.) *

Drueck, Charles J., Preserving the sphincter in the treatment of fistula in ano. (Illinois med. journ. Bd. 37, Nr. 1, S. 69—71.) **31**. 318.

Drueck, Charles J., Abscesses about the anus and rectum. (Internat. clin. Bd. 2. Ser. 35, S. 248—270.) **32**, 778.

Fansler, W. A., The relationship of tuberculosis to fistula in ano. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 9, S. 671—674.) 34, 35.
Fischl, Leopold, Über die Pathologie und Therapie der Fissura ani. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 50, S. 1877—1879 u. Nr. 51, S. 1922—1925.) *
Golkin, M. B., Behandlung der Fistula ani. (Chir. Univ.-Klin., Ssaratoff.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 599.) (Russisch.) 35, 175.
Heymann, Kurt, Zum Pruritus ani. (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 22, S. 355.) 33, 8.
Martin, Collier F., Ano-rectal fistula. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 12, S. 302 bis 305.) *
Pauchet, Victor, Fistules à l'anus. (Clinique Jg. 20, Nr. 37, S. 8—10.) *
Pels Leusden, Friedrich, Die Afterschrunde (Fissura ani) und ihre Behandlung. (Klinischer Vortrag.) (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Greifswald). (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 43, S. 1599—1601.) 33, 751.
Pennington, J. Rawson, „Open" operation for anorectal fistula. Technic. Advantages of the excision method for anal and anorectal fistulae. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 923—930.) 33, 128.
Piola, Carlos, Wesen der Analfisteln. (Rev. méd. del Rosario Jg. 15, Nr. 3, S. 107 bis 114.) (Spanisch.) 34, 524.
Tierny, Auguste, Traitement des abcès péri-anaux et des fistules à l'anus. (Hôp. St.-Jean, Paris.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 9, S. 782—787.) 34, 725.

Hämorrhoiden.

Adams, Wilmot, Stricture of anal canal following improper treatment. (Lancet Bd. 208, Nr. 10, S. 490.) 31, 704.
Baženow, P. S., Zur Frage über die Nachoperationsperiode der Hämorrhoiden. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Orel.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 15/16, S. 372 bis 373.) (Russisch.) *
Bessmertnyj, B., 120 Hämorrhoidenoperationen nach Whitehead. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 266—269.) (Russisch.) 37, 125.
Buie, Louis A., Technique for the removal of hemorrhoids. (Sect. on proctol., Mayo clin., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 964—967.) 34, 323.
Clark, William L., Hemorrhoids and anal fissures with special reference to the desiccation method of treatment. (Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol. Bd. 43, Nr. 9, S. 329—331.) 35, 453.
Dervieux, Etranglement hémorroïdaire d'origine traumatique. (X. congr. de méd. lég. de langue franç., Lille, 26.—28. V. 1925.) (Ann. de méd. lég. Jg. 5, Nr. 9, S. 472 bis 473.) 34, 323.
Jessen, Jes, Histologische Studien über Hämorrhoidalknoten. (Kommunehosp. kir. Poliklin., København.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 15, S. 337—348 u. Nr. 16, S. 362—366.) (Dänisch.) 33, 346.
Kehar, D. R., Treatment of haemorrhoids by strangulation and snipping method. (Indian stat. hosp., Landi Kotal.) (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 8, S. 362 bis 366.) *
Kinscherf, Die Radikaloperation der Hämorrhoiden. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 32, S. 1782—1783.) 33, 279.
Kriebel, E., Über die Behandlung der Hämorrhoiden mit „Posterisan". (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 15, S. 228.) 33, 65.
Kumok, R., 600 Operationen wegen Varices haemorrhoidales. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 256 bis 257.) (Russisch.) 37, 124.
Mitlin, S., Zur Technik der Hämorrhoidenoperationen. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Napalkov, Rostov a. D.) (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 259—266.) (Russisch.) 37, 124.
Montague, J. F., The danger of neglecting an external thrombotic hemorrhoid. (Rectal clin., univ., a. Bellevue hosp. med. coll., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 3, S. 67—68.) *
Moszkowicz, Ludwig, Das Hämorrhoidalleiden und seine Folgezustände. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 6, S. 177—178.) *
Palezkij, B., Zur Technik der Operation bei Varices haemorrhoidales. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Buchmann, Rostov a. D.) (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 257—259.) (Russisch.) 37, 124.
Scheffelaar Klots, Th., Die unblutige Behandlung von Hämorrhoiden. (Geneesk. gids Jg. 3, H. 31, S. 729—739 u. H. 32, S. 753—765.) (Holländisch.) 33, 593.

Semler, Rolf, Zur Therapie der Hämorrhoiden. (II. med. Klin., Charité, Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 47, S. 1953.) **34**, 36.
Sodré, Luiz, Zur Behandlung der Hämorrhoiden mittels verhärtender Einspritzungen. (Brazil-med. Bd. 1, Nr. 12, S. 155—156 u. Bd. 2, Nr. 11, S. 143—153.) (Portugies.) *
Staroschklovsky, R. M., Soziale pathogenetische Faktoren der Varices haemorrhoidales. (Chir. Abt., Dostojewsky Krankenh., Moskau. Prof. Goljanitzky.) (Wwedenijew Sozialnujupotologiju chirurgičeskich bolesnej. Moskau S. 140—149.) (Russisch.) *
Sztraka, Koloman, Über die neue Methode der Hämorrhoidalbehandlung mit Posterisan. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 8, S. 482—484.) (Serbo-kroatisch.) **33**, 346.
Whitcombe, W. S., Treatment of haemorrhoids by the galvano-cautery. (Brit. med. journ. Nr. 3387, S. 992—993.) **34**, 36.

Ileus, Volvulus, Invagination.

Obstipation.

Bainbridge, William Seaman, The constitutional effect of prolonged intestinal toxemia. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 8, S. 437—443.) **33**, 748.
Cantelmo, O., Contributo sperimentale alla fisiopatologia delle ileo-sigmoidostomie. (Istit. d. clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 11, S. 1091 bis 1116.) **35**, 40.
Cantelmo, Orlando, Contributo casistico e critico allo studio delle ileo-colostomie. (Clin. chir., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 46, S. 1088—1092.) *
Cunningham, T. D., Stasis in the ascending colon simulating chronic appendicitis. (Radiology Bd. 5, Nr. 6, S. 480—485.) **36**, 589.
Dunet, Ch., et R. Peycelon, De l'insuffisance des anastomoses iléo et caeco-sigmoidiennes dans le traitement de la stase intestinale chronique. Nécessité de la colectomie totale ou partielle. (Clin. chir. du prof. Bérard, Lyon.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 5, S. 373—404.) **32**, 470.
Finsterer, Hans, Kolonresektion bei chronischer Obstipation. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 449—488 u. S. 146—150.) **31**, 702. **33**, 528.
Hallilay, H., Recent advances in the operative treatment of intestinal stasis. (Indian. med. gaz. Bd. 60, Nr. 5, S. 202—204.) *
Lardennois, G., Sur les indications chirurgicales dans le traitement de la stase intestinale chronique. (Rev. de méd. Jg. 42, Nr. 3, S. 161—168.) **32**, 615.
Lockhart-Mummery, P., The surgical treatment of constipation. (St. Mark's hosp. f. dis. of the rectum a. Queen's hosp. f. children, Hackney.) (Practitioner Bd. 115, Nr. 6, S. 380—392.) **37**, 524.

Allgemeines. Spastischer und paralytischer Ileus. Strangulations-, Tumor-Ileus.

Abrahamsen, A., Ileus in der Schwangerschaft und unter der Geburt. (Univ. Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 44, S. 2476—2482.) *
Allison, C. C., Fecal vomiting of rare origin. (Nat. Soldier's home hosp., Los Angeles.) (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 8, S. 1030—1031.) *
Asteriadès, Tasso, Sur le traitement de l'iléus spasmodique post-opératoire aigu par la simple rachianesthésie. (Hôp. franç., Salonique.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 89, S. 1480—1481.) **34**, 251.
Avramović, P., Heilung eines postoperativen Ileus mit intravenöser Neohormoneinjektion. (Serb. Arch. f. inn. Med. Jg. 27, Nr. 5, S. 243—244.) (Serbo-kroatisch.) *
Azbukin, A., Zur Frage der Darmverschlingung bei Mesenterium ileo-colicum commune. (Inst. f. norm. Anat., Univ. Tomsk, Dir. Prof. G. M. Josifov u. chir. Hospitalsklin., Dir. Prof. N. I. Beresnegowskij.) (Izvestija Tomskovo gosudarstvennovo universiteta Bd. 78, S. 190—213.) (Russisch.) **38**, 122.
Barbier, M., Appendicite et occlusion intestinale aiguë. (Clin. chir., fac., Paris.) (Oeuvre méd. Jg. 8, Nr. 1, S. 1—7.) **33**, 592.
Braun, W., Der Darmverschluß und seine chirurgische Behandlung. (Krankenh. Friedrichshain, Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 16, S. 733—736.) **31**, 882.
Brockman, R. St. Leger, Acute intestinal obstruction: Some points in its early diagnosis. (Practitioner Bd. 114, Nr. 3, S. 234—238.) *
Bryce, A. Graham, A case of intestinal obstruction. (Lancet Bd. 208, Nr. 1, S. 19—20.) *
Chetti, M. N. S., A case of internal strangulation by the spermatic cord. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 9, S. 426.) *
Coffen, T. Homer, Nonspecific granuloma of the intestine causing intestinal obstruction. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 17, S. 1303—1304.) **37**, 521.

Colp, Ralph, and Henry W. Louria, Liver function in acute intestinal obstruction. (Laborat. of surg. research, Columbia univ. coll. of physic. a. surg., New York.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 2, S. 756—763.) **31**, 690.
Crespo Alvarez, Dacio, Die peritoneale und intestinale Tuberkulose als Ursache von Darmverschluß. (Clin. castellana Bd. **31**, Nr. 1, S. 1—10.) (Spanisch.) **33**, 343.
Creyssel, Occlusion du grêle dans un diverticule propéritonéal du sac herniaire huit ans après cure radicale herniaire. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 18. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 30, S. 97—100.) **32**, 888.
Cutler, George David, Mesenteric defects as a cause of intestinal obstruction. (Surg. serv., children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 7, S. 305 bis 311.) **31**, 622.
Cutler, George David, and Joseph C. Merriam, Intestinal obstruction in an infant due to mesenteric cyst with volvulus. (Surg. serv., Children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 12, S. 550—552.) *
Deaver, John B., Postoperative intestinal obstruction. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 7, S. 421—425.) *
Eisberg, Harry Belleville, On the viability of the intestine in intestinal obstruction. (Surg. serv., Harlem hosp., a. dep. of exp. surg. a. anat., New York univ., a. Bellevue hosp. med. coll., New York.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 5, S. 926—938.) **33**, 487.
Ellis, E. M., Acute intestinal obstruction. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **77**, Nr. 10, S. 435—439.) **33**, 526.
Faehrmann, I., Zur Ileusfrage bei Hungernden. (Chir. Univ.-Klin., Baku.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 29, S. 1594—1597.) **33**, 57.
Farr, Charles E., and Margaret Fries, Congenital occlusion of the bowel. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 621—632.) **32**, 419.
Fjeldborg, Paul, Ileus nach Ventrosuspensio uteri. (Chir. Abt., Bezirkskrankenh., Aarhus.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 4, S. 200—201.) *
Fonyó, János, Über postoperative Darmparalysen und Versuche zu deren Bekämpfung. (Gyógyászat Jg. **65**, H. 9, S. 197—200 u. H. 10, S. 222—225.) (Ungarisch.) **32**, 40.
Foster, W. C., and R. W. Hausler, Acute intestinal obstruction. III. Simple obstruction. (Dep. of anat. a. physiol., univ. of Oregon med. school, Portland.) (Arch. of internal med. Bd. **36**, Nr. 1, S. 31—43.) **32**, 772.
Frolov, W. I., Ein Fall von unilateraler Ausschaltung des ganzen Dickdarmes. (Chir. Abt., Stadtkrankenh., Batum.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 298—300.) (Russisch.) **35**, 45.
Gayet, C., De l'occlusion intestinale chez les prostatectomisés. (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. 43, S. 483—486.) **33**, 760.
Groulard, Iwan, L'iléus mécanique au cours de l'appendicite aiguë. (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. **59**, Juni-H., S. 31—37.) **32**, 730.
Haden, Russell L., and Thomas G. Orr, Experimental high intestinal obstruction in the monkey. (School of med., univ. of Kansas, Kansas city.) (Journ. of exp. med. Bd. **41**, Nr. 1, S. 107—111.) **31**, 690.
Haden, Russell L., and Thomas G. Orr, Obstruction of the jejunum. The effect of sodium chlorid on the chemical changes in the blood of the dog. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 6, S. 859—882.) **34**, 250.
Howell, W. H., Acute intestinal obstruction. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 7, S. 417—419.) *
Hübener, Hans, Sekundäre Enterostomie bei Peritonitis und Ileus. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 93—102.) **32**, 765.
Keene, Reginald, A case of acute obstruction at the site of a gastrojejunostomy. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 791—793.) **32**, 195.
Keller, R., Occlusions intestinales et grossesse. Le pseudo-iléus puerpéral. (Clin. obstétr. et gynécol., univ., Strasbourg.) (Gynécologie Jg. **24**, Juni-H., S. 354—363.) **35**, 401.
Kirsner, L. A., Der spastische Ileus. (Stadtkrankenh., Dorogobuz.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 15, S. 100—105.) (Russisch.) **34**, 909.
Korchoff, Zur Ätiologie, Diagnose und Klinik des spastischen Ileus. (Chir. Klin., Charkow.) (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverlag der Ukraine, S. 73—83. 1925.) (Russisch.) **33**, 119.
Kosyrev, A., Über Ileus. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 512.) (Russisch.) **33**, 745.
Kyjovský, Methoděj, Die infrapapilläre Stenose des Duodenum. (Bratislavské lekárske listy Jg. **4**, Nr. 4, S. 120—125.) (Tschechisch.) **33**, 38.
Lagos García, C., und A. Grosso, Zu einem Fall von Darmverschluß bei einem 3 Monate alten Kind. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 1, S. 15—18.) (Spanisch.) *

Lange, Hermann, Über die Ursachen der Asthenie beim experimentell erzeugten Ileus. (Med. Univ.-Klin., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 28, S. 1144—1147.) **32**, 837.
Lefebvre, Ch., De l'action de la rachianesthésie dans l'iléus. (Clin. chir. du prof. Mériel, Toulouse.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 101, S. 1671.) **34**, 251.
Lindenbaum, I. S., Beiträge zur Klinik der Flexura-lienalis-Knickungen. (Chir. Fak.-Klin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss., Prof. Rokizkij, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 73—84.) (Russisch.) **35**, 627.
Lockwood, Chas. B., Four cases of chronic intestinal obstruction due to inflammatory adhesions. (Internat. clin. Bd. **4**, Ser. 35, S. 149—154.) **37**, 826.
McKelvey, John L., Symptoms of some forms of intestinal obstruction. (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 16, S. 389—392.) **32**, 465.
Macnamara, Donough W., An unusual case of acute intestinal obstruction. (Practitioner Bd. **114**, Nr. 3, S. 240—241.) •
McVicar, Charles S., A discussion of the clinical and laboratory clinical findings in certain cases of obstruction in the upper gastrointestinal tract. The rôle of blood chemistry in diagnosis, prognosis and treatment of this condition. (Div. of med., Mayo clin., Rochester.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **169**, Nr. 2, S. 224 bis 235.) **32**, 40.
Markus, Bruno, Ileus nach Ventrifixur. (Allerheiligenhosp., Breslau.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **68**, H. 4, S. 271—275.) •
Melchior, Eduard, Zur Indikationsstellung der sekundären Enterostomie bei Peritonitis und Ileus. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 37, S. 2050—2051.) **33**, 49.
Merson, W., Ein Fall von Darmverschlingung mit ungewöhnlichem postoperativen Verlauf. (Chir. Abt., Sovjetkrankenh., Bobruisk.) (Belorusskaja medicinskaja mysl Jg. **2**, Bd. 1, Nr. 4/5, S. 105—107.) (Russisch.) **34**, 520.
Mirtl, Carl, Periodisch einsetzender ileusartiger Komplex bei hochgradiger Enteroptose. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 23, S. 939—940.) **32**, 467.
Pârvulescu, Strangverschluß des Colon descendens. (Rev. sanit. milit. Jg. **24**, Nr. 11/12, S. 449—450.) (Rumänisch.) •
Pascale, G., Occlusione intestinale acuta per strozzamento da briglia mesenteriale. (I. clin. chir., univ., Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 3, S. 51—52.) •
Perelman, I. M., Beiträge zur Klinik und chirurgischen Behandlung des Darmverschlusses. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Minsk, Prof. Rubašew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 1, Nr. 29, S. 40—66.) (Russisch.) **34**, 850.
Perlmann, J., Klinische Beiträge zur Pathologie und chirurgischen Behandlung des Darmverschlusses. (Chir. Fak.-Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 245—264.) **34**, 31.
Perthes, Darmverschluß. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15. bis 18. IV. 1924.) **31**, 691.
Perthes, G., Die Behandlung des akuten mechanischen Darmverschlusses. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **138**, Kongreßber., S. 303—333 u. S. 72—97.) **33**, 527.
Pfeiffer, Hermann, Bemerkungen und Ergänzungen zu der Arbeit „Über Ileusserum u. s. f." von L. Schönbauer und E. Löffler. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 9, S. 254—255.) **31**, 557.
Piccinino, F., La cura della occlusione intestinale con i mezzi fisici. (Istit. di fisioterap., osp. Incurabili, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 19, S. 443—445.) **33**, 441.
Poate, Hugh R. G., Some aspects of early intestinal obstruction. (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 16, S. 392—396.) **32**, 419.
Pólya, Jenö, Über Darmverschluß. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, H. 11, S. 405—411.) (Ungarisch.) •
Porter, Miles F., Intestinal obstruction. (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 8, S. 283—285.) •
Portis, Milton M., and Bernard Portis, Experimental high intestinal obstruction. Relief by irrigation and control of alkalosis. Prelim. report. (Hull physiol. laborat., univ., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 8, S. 574—576.) **33**, 57.
Povolotzkaja-Vedenskaja, E. I., Postoperativer Ileus nach Totalexstirpation bei Fibromyom der Gebärmutter. (Russkij gynecologičeskij vestnik Bd. **2**, H. 2, S. 155 bis 162.) (Russisch.) **36**, 318.
Preuss, Joseph, Über ileusähnliche Symptome bei Grippe. (Städt. Krankenh., Neukölln-Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 29, S. 1197—1198.) •
Prima, C., Zur Frage der Ileusmortalität. (Krankenstift Oberpahlen, Estland.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 5, S. 241—243.) **31**, 188.

Ravdin, I. S., A case of intestinal obstruction, probably in utero. (Surg. div. B, univ. hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 29, Nr. 4, S. 518.) 32, 669.
Regoli, Giuseppe, Occlusione intestinale a meccanismo non frequente. (Istit. di anat. patol. e ricerche clin., osp. magg., Bergamo.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 2, S. 217 bis 225.) 32, 45.
Reimer, H., Spastischer Darmverschluß bei intraperitonealen Blutungen. (Städt. Krankenh. Charlottenburg-Westend.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 520 bis 541.) 32, 145.
Riess, P., Zur Ätiologie des spastischen Ileus. (Städt. Krankenanst., Essen a. R.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 49, S. 2758—2761.) 34, 376.
Roth, M., Appendicitis und Darmverschluß. (Clin. chir., univ., Cluj.) (Rev. stiintelor med. Jg. 14, Nr. 3, S. 252—258.) (Rumänisch.) *
Royster, Hollace R., Multiple postoperative intestinal obstruction. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 21, S. 1570—1571.) *
Sawday, A. Ernest, Partial intestinal obstruction in a child due to post-rectal teratoma. (Brit. med. journ. Nr. 3381, S. 685.) *
Sawkow, N. M., Beiträge zur Pathologie und Therapie des Ileus. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Pensa.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 675 bis 698.) 32, 196.
Schönbauer, L., Zu Pfeiffers Bemerkungen und Ergänzungen über Ileusserum. (I. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 20, S. 537—538.) 32, 420.
Schönbauer, L., und E. Löffler, Über Ileusserum. Experimentelle und klinische Untersuchungen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 5, S. 135.) 31, 391.
Schönbauer, Leopold, Über Peritonitis und Ileus. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 295—307.) 33, 663.
Sennett, S. N., The treatment of paralytic ileus by hormonal and neohormonal. (South African med. record Bd. 23, Nr. 10, S. 210.) 32, 612.
Ssawkov, N. M., Zur Pathologie und Klinik des Darmverschlusses. (Gouvern.-Krankenh., Pensa.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 40—66.) 33, 441.
Ssokoloff, S., Zur Frage der Möglichkeit einer Einklemmung hinter der zuführenden Schlinge nach Gastroenterostomie. (Chir. Klin., staatl. Hochsch. med. Wiss. u. chir. Abt., Trinitatis-Krankenh., Leningrad.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 136—144.) 33, 277.
Ssokolov, S., Zur Frage der inneren Darmeinklemmung hinter der zuführenden Schlinge der Magendarmanastomose. (Prop.-chir. Klin., staatl. Hochsch. f. med. Wiss. u. Trinitatis-Krankenh., Leningrad, Prof. E. Hesse.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 448—455.) (Russisch.) 34, 452.
Stoian, C., Dan Teodorescu, und Al. Florescu, Ein Fall von akutem Ileus durch Einklemmung einer Dünndarmschlinge in Recessus ileocoecalis superior und totaler Dünndarmvolvulus durch Torsion des Mesenteriums. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 10, S. 397—402.) (Rumänisch). *
Stork, F., Schwangerschaft und Ileus. (Landesfrauenklin., Paderborn.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 69, H. 1/2, S. 12—19.) 32, 733.
Sudakoff, I. W., Ileus als Folge physiologischer Funktionen und Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre. (Frauenklin., Univ. Perm, Prof. Sudakoff.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. 36, H. 2, S. 107—120.) (Russisch.) 35, 125.
Taylor, Adrian S., Acute intestinal obstruction. (Dep. of surg., Peking union med. coll., Peking.) (China med. journ. Bd. 39, Nr. 9, S. 767—776.) 36, 708.
Tuttle, Howard K., The mortality of intestinal obstruction. A study of one hundred and fifty cases coming to operation or autopsy. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 17, S. 791—795.) 32, 466.
Vaidya, J. B., A case of intestinal obstruction associated with the fossa duodeno-jejunalis. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 4, S. 168—169.) 32, 196.
Vidakovits, Kamill, Über Ätiologie und Pathogenese des Ileus spasticus. II. Mitt. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 4, S. 61—64 u. Nr. 5, S. 85—89 u. Nr. 6, S. 109—112.) (Ungarisch.) 31, 695.
Wegener, Ernst, Ileus durch Schleimcyste des Processus vermiformis. (Pathol. Inst., Univ. Würzburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 971—975.) 32, 298.
Williams, R. Lester, A case of acute intestinal obstruction due to the presence of drainage-tube left in the peritoneal cavity. (Lancet Bd. 209, Nr. 5, S. 219—220.) *
Wolkoff, K. W., Über die Intoxikation bei akuter Darmobturation. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 6, S. 144—145.) (Russisch.) *
Zeitlin, A., 26 Fälle von Darmverschluß. (Verhandl. d. 1. Chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. in Rostov a. Don. S. 289—305.) (Russisch.) 36, 586.

Zweig, W., Soll man den beginnenden Ileus zunächst konservativ behandeln? (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 2, S. 44—45.) **31**, 101.

Gallenstein-, Kotstein-, Wurmileus.

Aczél, E., Invaginationsileus durch Ascariden verursacht. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *

Angeletti, Enrico, e Giuseppe Monti, Due casi di occlusione intestinale da calcolo biliare. (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. 8, Nov.-Dez.-H., S. 313—322.) **34**, 728.

Brodin, Paul, Iléus biliaire. (Hôp. St.-Antoine, Paris.) (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 3, S. 96—98.) **32**, 202.

Dmitriev, P., Ileus verminosus (Oxyuris vermicularis). (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 518. 1925.) (Russisch.) **33**, 746.

Drew, Douglas, Impaction of a gall-stone in the upper jejunum: Acute obstruction. Cystic pneumatosis of the jejunum above the obstruction. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 803—804.) **32**, 202.

Eberman, A. A., Obturation des Dünndarms durch einen Gallenstein. (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 108—113.) (Russisch.) **35**, 450.

Finochietto, Ricardo, Dünndarmverschluß durch Gallensteine. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 14, S. 462—465.) (Spanisch.) *

Geleišvili, G., Obturationsileus, hervorgerufen durch einen Gallenstein. (Kliničeskaja medicina Bd. 3, Nr. 10, S. 304—306.) (Russisch.) **37**, 119.

Glass, Sidney H., and Charles James Bloom, Intestinal obstruction due to Ascaris lumbricoides. Report of a case. (Charity hosp. a. graduate school of med., Tulane univ. of Louisiana, New Orleans.) (Arch. of pediatr. Bd. 42, Nr. 9, S. 588 bis 592.) **34**, 30.

Guillemin, A., De l'ileus biliaire et en particulier de sa guérison spontanée. (A propos de deux observations.) (Clin. chir., univ., Nancy.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 11, S. 953—962.) **35**, 125.

Hansen, Svend, Fall von Ileus als Folge eines Darmkonkrements. (Bispebjaerg hosp., afd. A, Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 25, S. 561—562.) (Dänisch.) *

Hille, Karl, Zweifacher Gallensteinileus. (Städt. Krankenh., Kolberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 15, S. 597—598.) **32**, 148.

Kosanović, B., Wanderung des Gallensteines in den Darm und Gallensteinileus. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 10, S. 535—542.) (Serbo-Kroatisch.) **33**, 912.

Livingstone, John, and George Alexander, Obstruction due to gall stones. (Brit. med. journ. Nr. 3382, S. 745.) *

Moore, George Albert, Gall stone ileus. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 22, S. 1051—1055.) **32**, 472.

Volvulus, außer Magenvolvulus.

Alipov, G. V., Über den Volvulus coeci. (Chir. Abt., Semaško-Rotes Kreuz-Krankenhaus, Pensa, Dr. Alipov.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 113—123.) (Russisch.) **35**, 515.

Alksnis, J., und P. Muzeneek, Zur Therapie des Volvulus der Flexura sigmoidea. (Chir. Fak.-Klin., Univ., Riga.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 193, H. 3/6, S. 390 bis 400.) **33**, 529.

Asteriadès, Tasso, Sur un cas rare d'invagination iléo-cœcale aiguë avec volvulus de l'anse invaginée. (Hôp. franç., Salonique.) (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 20, S. 566.) **32**, 375.

Bogoljuboff, W. L., Volvulus im Bruchsack. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 7, S. 828—834.) (Russisch.) *

Cutler, George David, and Joseph C. Merriam, Intestinal obstruction in an infant due to mesenteric cyst with volvulus. (Surg. serv., children's hosp., Boston.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 12, S. 550—552.) *

Dmitrijew, B., Ein Fall von Volvulus des ganzen Dickdarmes (ohne Mastdarm). Die Bedeutung der Nahrung in der Ätiologie von großen Drehungen und Invaginationen des Dickdarmes. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 682—696.) (Russisch.) *

Dragun, B., Mesenteritis und Volvulus jejuni. (Chir. Fak.-Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1254—1255.) **32**, 295.

Elfving, A. R., Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Knotenbildung zwischen Dünndarm und Flexura sigmoidea. (Bezirkskrankenh., Wiborg.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 3, S. 185—205.) **32**, 522.

Finochietto, Ricardo, Megasigmoideum. Akute Okklusion durch Volvulus und Klappenokklusion. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 20, S. 1033—1039.) (Spanisch.) 32, 375.

Grant, J. W. Geary, Volvulus of the small intestine. (Brit. med. journ. Nr. 3347, S. 355—356.) *

Grekow, I. I., Zweizeitige sekundäre Darmnaht und Darmresektion, insbesondere bei Volvulus flexurae sigmoideae. (Chir. Klin., Prof. Grekow, Leningrad.) (Festschrift für Prof. Trinkler-Charkow, Staatsverlag der Ukraine, S. 40—52.) (Russisch.) 33, 125.

Grekov, I. I., Zur Behandlung des Volvulus der Flexur nach der Methode von Trojanoff-Winiwarter-Grekow (zweizeitige Resektion). (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr. Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 580. 1925.) (Russisch.) 35, 174.

Guibé, Le volvulus du diverticule de Meckel. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 19, S. 309—314 u. Nr. 21, S. 341—345.) 32, 294.

Kasanskaja, A. N., Volvulus der Flexura sigmoidea nach den Angaben des Moskauer städtischen Pirogoff-Krankenhauses. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 576. 1925.) (Russisch.) 35, 174.

Kusnezkij, D., Ein Fall von primärer Totalresektion des S romanum bei Volvulus infolge chronischer Mesosigmoiditis. (Permskij medicinskij žurnal Bd. 3, Nr. 1/2, S. 38—39.) (Russisch.) 34, 32.

Mikuli, N. F., Die chirurgische Behandlung von Volvulus der Flexura sigmoidea. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 572. 1925.) (Russisch.) 35, 174.

Nowland, Reginald E., Acute appendicitis complicated by volvulus at the ileo-caecal junction. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 8, S. 187—188.) *

Palmén, A. J., Fall von Darmknoten, ausgedehnte Dünndarmresektion, Nachprüfung der Verdauungstätigkeit. (Chir. Univ.-Klin., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 179—189.) 31, 624.

Rouville, G. de, et J. Coll de Carrera, Le volvulus post-opératoire précoce de l'intestin grêle. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 1, S. 1—12.) 33, 58.

Ryzich, A. N., Über die Resektion des S romanum bei Volvulus. (Chir. Klin., Univ., Kasan, Dir. Prof. Wišnewskij.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 8/9, S. 947 bis 953.) (Russisch.) *

Šilovzev, S., Zur Frage des Volvulus S-Romain. (Propädeut.-chir. Klin., Dir. Prof. Kozumovskij, Univ., Saratow.) (Kliničeskij žurnal Saratowskawa universiteta Bd. 1, H. 1, S. 41—52.) (Russisch.) *

Stoian, C., Dan Teodorescu, und Al. Florescu, Ein Fall von akutem Ileus durch Einklemmung einer Dünndarmschlinge in Recessus ileocoecalis superior und totaler Dünndarmvolvulus durch Torsion des Mesenteriums. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 10, S. 397—402.) (Rumänisch.) *

Tseng, Lichuen, Dünndarmvolvulus in einer incarcerierten Leistenhernie. (Chir. Abt., Paulun-Hosp., Clinicum, Tung-chi Univ., Schanghai.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 5/6, S. 390—396.) 32, 605.

Arteriomesenterialer Ileus.

Alexejev, S., Zur Frage des akuten arterio-mesenterialen Duodenalverschlusses. (Chir. Klin., Univ., Kasan, Dir. Prof. Wišnewskij.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 5, S. 597—604.) (Russisch.) *

Ghiron, Vittorio, L'occlusione duodenale cronica. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 111, S. 537—544.) 33, 821.

Keller et Guenaux, Au sujet de la sténose duodénale. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 116, S. 42—43.) 31, 621.

Kelling, G., Über chronische Duodenalstenose in Höhe der Radix mesenterii. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 34, S. 1633—1635.) 32, 892.

Macdonald, Juan, Der chronische Duodenalverschluß durch die Mesenterialwurzel. (Progr. de la clin. Bd. 29, Nr. 1, S. 51—56.) (Spanisch.) 31, 555.

Martini, Tulio, und José Comas, Chronische Duodenalkompression durch die Radix mesenterii. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 33, S. 372—377.) (Spanisch.) 33, 343.

Neumann, B., Zur Frage des arteriomesenteriellen Duodenalverschlusses. (Chir. Abt., Moskauer Botkin-Krankenh., Chef: Rosanoff.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 9, S. 87—93.) (Russisch.) 33, 218.

Rajan, R. V., A case of acute gastro-duodenal ileus. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 4, S. 167—168.) *

Robertson, George, Acute dilatation of the stomach and intestinal tube with a „consideration of chronic duodenal ileus". (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 206—213.) **31**, 553.

Villette, Jean, L'occlusion duodénale chronique. (Quatre observations personnelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 1, S. 11—40.) **31**, 755.

Invagination.

Asteriadès, Tasso, Sur un cas rare d'invagination ileo-cœcale aiguë avec volvulus de l'anse invaginée. (Hôp. franç., Salonique.) (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 20, S. 566.) **32**, 375.

Barrington-Ward, L. E., A case of recurrent enteric intussuception in a child, due to simple tumour. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 48, S. 800—802.) *

Baumann, M., Ileus durch Invagination bei Polyposis des Dünndarms. (Henriettenstift, Hannover.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 2, S. 58—59.) *

Becker, Adolf, Invagination im Kindesalter. (Kinderheilanst., Hannover.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 275—280.) **32**, 614.

Birkenfeld, Werner, Über die Darminvagination im Kindesalter. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 356 bis 366.) **33**, 911.

Brown jr., Henry P., Acute intussusception in children. Observations on thirty-one cases admitted to the children's hospital in Philadelphia. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 637—645.) **31**, 843.

Cândea, Aurel, Zwei Fälle von ileocecaler Invagination bei Kindern. (Spit. de stat., Timisoara.) (Clujul med. Jg. **6**, H. 9/10, S. 384—385.) (Rumänisch.) *

Costantini, Paolo, Ileo per invaginazione tiflo-colica favorita da pericolite membranosa. Note sulla patogenesi e sulla cura. (Osp. civ., Gallarate.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 30, S. 1046—1053.) **33**, 63.

D'Agata, Giuseppe, Di un fibroma mixomatode dell'ileo, determinante intussuscezione. Disinvaginazione. Resezione intestinale. Guarigione. (Istit. di patol. e clin. chir., univ., Camerino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 276—283.) *

Del Campo, Raúl M., Über Invagination. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 1, S. 49—70.) (Spanisch.) *

Frenklowa, H., Darminvagination bei Säuglingen. (Pedjatrja polska Bd. **5**, H. 1/2, S. 72—77.) (Polnisch.) *

Gile, John M., Intussusception: Herniotomy through an old colostomy. (New England surg. soc., Hartford, Conn., 26.—27. IX. 1924.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 5, S. 213.) *

Gray, George M., Intussusception. A series of twenty consecutive cases. (Lancet Bd. **208**, Nr. 2, S. 71—73.) **31**, 316.

Grimault, L., L'invagination intestinale. A propos de quatre observations. (Rev. méd. de l'est Bd. **53**, Nr. 2, S. 37—49.) *

Harris, W. L., Acute intussusception in children. (Arch. of pediatr. Bd. **42**, Nr. 12, S. 811—815.) *

Iljin, A. I., Zwei Fälle von intermittierender ileocöcaler Invagination. (Russkaja klinika Nr. 18, S. 600—610.) (Russisch.) **35**, 628.

Keane, Francis, Acute intussusception in an adult, probably due to round-worm. (Practitioner Bd. **114**, Nr. 4, S. 306—308.) *

Kendall, G. M., and I. W. Corkey, Adenoma of small intestine with intussusception. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**. Nr. 47, S. 617.) *

Kopp, J. G., Retrograde Invagination nach Gastroenterostomie. (Heelk. klin., Binnengasth., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 15, S. 1709—1718.) (Holländisch.) **31**, 882.

Kyjovsky, Methoděj, A propos des invaginations pariétales du caecum. (Bratislavské lekárske listy Jg. **4**, Nr. 10, S. 138—140.) **36**, 521.

Lower, William E., Intussusception in adults due to the invagination of a Meckel's diverticulum. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 436—440.) **33**, 218.

Martin du Pan, Ch., Malformation congénitale de l'intestin qui pouvait être prise pour une invagination. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 3, S. 178 bis 180.) *

Milligan, E. T. C., Intussusception of the small intestine extruded through a faecal fistula on the surface of the abdominal wall. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 169—170.) **32**, 728.

Moisescu, V., Polypöse Sarkomatose des Dünndarms. Ileo-ileale Invagination. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 2, S. 57—59.) (Rumänisch.) *

Moškewitsch, E. S., Ein Fall von Darminvagination bei einem 7monatigen Säugling. (Säuglingsabt., Kinderklin., Filatow's, Chef: S. A. Wassiljew.) (Žurnal po izučeniju rannego detskogo vozrasta Bd. 8, H. 1, S. 53—56.) (Russisch.) *

Niosi, Francesco, Sarcoma primitivo dell'intestino tenue (digiuno) con invaginazione intestinale. (Pisa: Tip. Orsolini-Prosperi 1925. 15 S.) *

Novák, Nikolaus, Durch Adenome verursachte mehrfache Dünndarminvagination. (II. chir. Univ.-Klin., Budapest.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 2, S. 271 bis 276.) **31**, 755.

Razzaboni, Giovanni, Un caso di invaginazione cronica ileo-tiflo-colica complicatasi a volvolo acuto del colon e del blocco stesso di invaginazione. (Istit. di patol. spec. chir. dimostrat., univ., Parma.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 318 bis 331.) **32**, 776.

Rippin, S., Zur Pathologie des Meckelschen Divertikels. Ein Fall von Einklemmung und Nekrose des letzteren in einem postoperativen Bruche der Bauchmittellinie. (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. 6, H. 7/9, S. 48—51.) (Russisch.) *

Rohde, Otto, Über aufsteigende Dünndarminvagination nach Gastroenterostomie. (Länskrankenh., Åbo, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 105 bis 114.) **31**, 312.

Schönbauer, L., Über retrograde Peristaltik. (Invagination eines Coecumcarcinoms unter dem Bilde eines stenosierenden Dickdarmcarcinoms.) (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 2, S. 68—70.) **30**, 936.

Snellman, G., Über die in der chirurgischen Abteilung des Marienkrankenhauses zu Helsingfors behandelten Darminvaginationen. (Finska läkaresällskapets handl. Bd. 67, Nr. 8, S. 711—727 und dtsch. Zusammenfassung S. 727—728.) (Schwed.) **33**, 440.

Solkov, B. W., Über Darminvagination. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 790 bis 794.) (Russisch.) **35**, 628.

Steiger, W., Nebenpankreas in einem Darmdivertikel als Ursache einer sekundären Invagination. (Krankenh., Wieden, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 33, S. 909—910.) **33**, 599.

Stone, James S., Intussusception. (New England surg. soc., Hartford, Conn., 26. a. 27. IX. 1924.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 5, S. 210—213.) **31**, 311.

Tierny, Auguste, L'invagination intestinale aiguë chez le nourrisson. (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 40, S. 1073.) **34**, 30.

Wardill, W. E. M., Polypi in the bowel causing intussusception. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 158—162.) **22**, 614.

Weill, L., Ein Versuch der physikalischen Erklärung der Invagination. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 69, H. 3/4, S. 190—191.) **32**, 294.

Ileus durch Meckelsches Divertikel.

Batterham, D. J., A case of intestinal obstruction due to Meckel's diverticulum. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 45, Nr. 4, S. 296—298.) *

Bloise, Nicolás Leone, Darmeinklemmung durch Meckelsches Divertikel bei einem Säugling. (Clin. infant., Montevideo.) (Arch. latino-americ. de pediatria Jg. 14, Bd. 19, Nr. 5, S. 821—826.) (Spanisch.) *

Bozščevskaja, M. Z., Ein Fall von Divert. Meckeli-Incarceration in einem Bruchsack. (Chir. Krankenh. Babuskin, Kijev.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 610.) (Russisch.) *

Creyssel, Occlusion intestinale par diverticule de Meckel. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 26, S. 787—789.) *

Guibé, Le volvulus du diverticule de Meckel. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 19, S. 309—314 u. Nr. 21, S. 341—345.) **32**, 294.

Kaspar, Fritz, Weitere Mitteilungen zur Inversion und Invagination der Meckelschen Divertikeltumoren. (II. chir. Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 371—381.) **31**, 557.

Lehmann, Karl, Ein Fall von Ileus bei Meckelschem Divertikel. (Holbaek Amts Sygeh., Samso.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 27, S. 644—648.) (Dänisch.) *

Lower, William E., Intussusception in adults due to the invagination of a Meckel's diverticulum. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 436—440.) **33**, 218.

Smirnow, B., Ein Ileusfall durch ein Meckelsches Divertikel erzeugt. (Ssaltickow-Krankenh. Gouvernement Tambow.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 9, S. 221 bis 222.) *

Tóthfalussy, Emerich v., Ileus wegen Meckelschem Divertikel. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *

Leber und Gallengänge.

Übersichtsreferat.

Von

F. Bode, Bad Homburg v. d. H.

1. *Pathologische Anatomie.*

Die von Aschoff auf dem Chirurgenkongreß 1923 vertretene Auffassung über die pathologische Anatomie des Gallengangssystems findet sich auch im Schrifttum der Berichtszeit von den meisten Autoren bestätigt und anerkannt. Körte (1924) als „älterer Gallenstein-Chirurg" präzisiert seine Anschauung dahin, daß die Steinbildung durch Stauung der Galle und Infektion bedingt sei, wobei die anfängliche Infektion sehr schleichend und ohne deutliche Symptome verläuft, denn die erste Bildung von Steinen vollzieht sich ohne für uns erkennbare Anzeichen. Die Steine können sehr lange Zeit völlig symptomlos in der Gallenblase verweilen. Nervöse Spasmen im Sphincter Oddi begünstigen die Bildung von Konkrementen, wie Rost und Westphal (1924) nachgewiesen haben. Naunyn (1924) bespricht die Bildung der Verschlußsteine und ihre Bedeutung für die Cholelithiasis. Nach Krogius (1924) spielt die spontane Zerstrümmerung von Steinen, besonders der primären Verschlußsteine, eine große Rolle für die Entstehung weiterer Steine, indem sich um die Trümmer des Verschlußsteines schichtweise weitere Gallenbestandteile anlagern. Auf gleichem Standpunkt steht Kirchmayr (1924), der in etwa 7% seiner Gallenblasenoperationen einwandfrei Steinzertrümmerungen in der Gallenblase nachweisen konnte, und zwar durch Kontraktion der Muskulatur im Gallenblasenhals unter gleichzeitigem Gegendruck der Wandbestandteile während eines Anfalles, oder durch Druckwirkungen von außen auf die steinerfüllte Gallenblase und endlich durch Quellungsvorgänge in den Spalträumen von Kombinationssteinen. Graef (1925) sah bei einer entzündeten Gallenblase eine Perforation infolge mechanischer Einwirkung eines spitzen, durch Spontanzertrümmerung entstandenen Steinrestes auf die Blasenwandung, und Kaiser (1925) beobachtete Selbstauflösung von Gallensteintrümmern innerhalb der Gallenblase. Gundermann (1924) hat experimentelle Gallenstudien gemacht, und widerspricht der Anschauung Rovsings, daß die Steinbildung meist in den kleinen und kleinsten Gallengängen ihren Anfang nimmt; er glaubt vielmehr, daß die Ursache der Steinbildung hauptsächlich auf kolloidal-chemischen Umsetzungen der Gallenblase beruhe, deren einzelne Bedingungen wir aber noch nicht kennen. Die Anwesenheit von diastatischem Ferment in 50% aller untersuchten Blasengallen macht die Mitwirkung von Pankreassekret bei der Steinbildung im höchsten Grade wahrscheinlich. Gegen die Anschauung, daß die Gallenstauung die Hauptursache der Steinbildung darstelle, wendet sich Agrifoglio (1924) mit dem Hinweis, daß vielfach bei vollständigem und unvollständigem Choledochusverschluß mit Gallenstauung bei Tumoren, Entzündungsprozessen usw. keine Steine vorhanden sind. Tietze und Winkler (1924) haben bei Gallenblasenoperationen Probeexcisionen aus der Leber vorgenommen und mikroskopisch untersucht und konnten feststellen, daß das Leberparenchym nur selten normal bleibt, in der Regel aber ganz charakteristische Veränderungen im Sinne der Hepatitis interstitialis und lobularis aufweist, die der Schwere der klinischen Erscheinungen entsprechen. Diese Untersuchungen sind außerordentlich wertvoll, denn sie zeigen, daß auch scheinbar ganz geringfügige Entzündungsvorgänge in der Gallenblase und den Gallengängen im Laufe ihres Bestehens oder bei öfterer Wiederholung unter Umständen schwere organische Rückwirkungen auf das Lebergewebe ausüben können (s. Leberfunktionsprüfung). W. Mayo (1924) lenkt die Aufmerksamkeit auf Zusammenhänge der Erkrankungen des Gallensystems mit Herzerkrankungen, chronischer Arthritis und Appendicitis. Nach seinen Erfahrungen gehen die akuten

Infektionen der Gallenwege ohne Ausnahme von anderen Infektionsherden im Organismus, besonders in den Tonsillen, den Zähnen und den verschiedenen entzündlichen Organerkrankungen aus. Auch Beziehungen des akuten Gelenkrheumatismus zu Affektionen der Gallenwege konnte Mayo wiederholt beobachten. Schrager (1924) berichtet über die Entstehung der Gallensteine bei Frauen und glaubt, daß hier infektiöse, physiologische, chemische und mechanische Momente zusammenwirken. Der begünstigende Einfluß einer Gravidität kann nicht mehr geleugnet werden. Zu derselben Ansicht kamen auf Grund ihrer Untersuchungen Boit, Rauch und Stegemann (1924), die nachweisen konnten, daß die im Blut kreisenden Schwangerschaftstoxine nicht nur die Leberzellen, sondern auch die Endothelien der Lebercapillaren schädigen und damit den Übertritt in die Gallenwege für die Bakterien erleichtern. Durch den Geburtsakt selbst wird im allgemeinen die Widerstandsfähigkeit des Organismus vermindert, und dadurch, sowie durch leichtere Bakterienaufnahme vom Genitaltractus aus, die Infektionsmöglichkeit einer bis dahin sterilen Gallenblase erhöht. Budde (1924) stellte durch eingehende Untersuchung fest, daß Verkümmerung der Gallenblase durch Hypo- und Aplasie eine gewisse Disposition zur Gallenstauung und Steinbildung bedingt, und daß gewisse anatomische Variationen der Abgangsstelle der Gallenblase für die Technik der Gallenblasenchirurgie von Bedeutung sind. Melnikoff (1924) hat sich mit dem Gefäßverlauf innerhalb der Leber beschäftigt und gibt auf Grund seiner Studien praktische anatomische Hinweise für die Ausführung chirurgischer Eingriffe an der Leber. Miyake (1924) exstirpierte einen zeigefingergroßen harten carcinomähnlichen Tumor aus der Leber, der sich bei der späteren mikroskopischen Untersuchung als ein fibrös abgekapselter Herd erwies, der mit zahlreichen Askarideneiern erfüllt war, die entweder aus den Gallengängen oder über dem Blutweg die Leber erreicht hatten. Maury und Pelessier (1924) fanden einen ausgebildeten Choledochusverschluß durch einen im Gallengang sitzenden Leberegel. Eine Anzahl von Arbeiten befassen sich mit der genauen Darlegung der pathologischen Verhältnisse beim Ikterus (Takats 1924, Wilkie 1924, Rosenthal 1924, Wessel 1925, Petrén 1925 u. a.). Alle Einzelheiten darüber müssen in den Originalen nachgelesen werden.

2. *Physiologie.*

Halpert (1924) fand auf Grund seiner klinischen und anatomischen Untersuchungen, daß der Ductus cysticus nur als zuführender Weg zur Gallenblase in Betracht komme, da die Anordnung der Heisterschen Klappen allein für den Zufluß, nicht aber für den Rückfluß eingerichtet sei. Die gesunde Schleimhaut der Gallenblase ist imstande, normales Lebersekret wieder zu resorbieren, der Abtransport zur weiteren Verwendung im Körperhaushalt geschieht aber durch die Lymph- und Blutgefäße der Gallenblase. Bleibt eine derartige Resorption aus irgendeinem Grunde aus, so kommt es zur „funktionellen Gallenstauung", die demnach auf einer Dysfunktion der Leber (anormale Zusammensetzung und Menge der abgesonderten Galle) oder auf einer Dysfunktion der Gallenblasenschleimhaut oder auf Zusammentreffen beider Umstände beruhen kann. Ein Ausfall in der Funktion der Gallenblase kann durch Anpassung der Gallenwege, des Sphincter Oddi, und der Darmschleimhaut ausgeglichen werden. Westphal (1924) erklärt analog mit klinisch und experimentell an anderen Organen gemachten Erfahrungen die Stauungsgallenblase als Folgezustand einer muskulären Hypo- bzw. Hypertonie und bespricht die Beziehungen zum vegetativen Nervensystem von diesem Gesichtspunkt. Chiray und Pavel (1925) bezeichnen die Gallenblase als „kontraktiles Reservoir", da die Sekretion der Leber keine kontinuierliche ist, sondern während der Verdauung durch die Wirkung des Sekretins vermehrt wird. Demel und Brummelcamp (1924) messen der „gefüllten Gallenblase" eine besondere Bedeutung bei, denn leer wird sie nur außerordentlich selten angetroffen und, wie der Versuch zeigt, in Abhängigkeit von den Druckverhältnissen im Gallensystem sehr rasch wieder angefüllt. Leersein der

Gallenblase ist immer mit Schluß der Vaterschen Papille verbunden. Durch den Ductus cysticus fließt praktisch keine Galle ab, die Gallenblase beeinflußt durch ihren jeweiligen Spannungszustand die Gallensekretion in dem Sinne, daß Erhöhung des Druckes wahrscheinlich durch Vagusreize (Westphal [1924]) zur Erweiterung der Papille und zur Verminderung der Lebersekretion führt und umgekehrt das gegenteilige Verhalten eintritt. Nach Winkelstein (1925) spielt für die Entleerung neben dem Tonus der Muskulatur und der Elastizität der Gallenblasenwand noch der intraabdominelle Druck am Ende der Inspiration eine Rolle. Die Menge der ausgepreßten Galle ist bedingt vom Grade und von der Dauer der Erschlaffung des Musculus Oddi, der Vermehrung des Bauchhöhlendruckes, der in der Gallenblase vorhandenen Menge von Galle, der elastischen Beschaffenheit der Gallenblasenwandung und der anatomischen Lage der Gallenblase im Bauche. Haberland (1925) leugnet eigene aktive Bewegungen an der Gallenblase, im Inspirium wird die Galle angesaugt und durch melkende Bewegungen des Darmes an der Papille und durch den intraabdominalen Druck entleert. Spezifisch gallentreibende Mittel gibt es darum bisher noch nicht. Einen breiten Raum im Schrifttum nehmen die Arbeiten ein, die sich mit der Untersuchung der physiologischen Wirkung der verschiedenen, als „gallentreibend" empfohlenen Mittel befassen. Adlersberg und Neubauer (1925) benutzen zur Anregung der Gallensekretion die Cholsäure und ihre Derivate und konnten feststellen, daß die Cholsäure an sich im Vergleich mit ihren Paarungsprodukten am schwächsten wirkt. Specht (1925) fand im Natrium dehydrocholatum, intravenös gegeben, ein Präparat zur Steigerung der Gallensekretion um 50—80%, ohne daß das Allgemeinbefinden irgendwie beeinträchtigt wurde, während alle anderen untersuchten Mittel versagten, so daß mit ihnen ohne Gefahr und Unannehmlichkeiten für den Patienten eine gründliche Durchspülung der Gallenwege nicht erreicht werden konnte. Nach Untersuchungen von Watanabe (1924) ergab Verabreichung von „Hexapin", einem Gemisch von Gallensäuren, Pfefferminzöl und Podophylin, eine vermehrte Ausscheidung von Galle und vermehrte Trockensubstanz. Atropininjektionen bewirkten eine deutliche Herabsetzung der Gallenmenge, wahrscheinlich als Folge einer Lähmung der Gallenwege, vielleicht aber auch durch eine gleichzeitige Sekretionsverminderung mitbedingt. Einmalige Adrenalineinspritzung hemmt den Gallenfluß. Der Parasympathicus ist der tonussteigernde, Peristaltik anregende Nerv der Gallenblase, der Sympathicus sein Antagonist. Kurz andauernde elektrische und mechanische Reize auf die Gallenblasenschleimhaut vermindern den Gallenfluß. Ishiyama (1924) glaubt, daß das automatische Bewegungszentrum der Gallenblase in den Ganglienzellen der Blasenwand zu suchen sei, und durch ein cholinartiges Hormon gereizt werde. Außerdem ist aber sehr wahrscheinlich noch ein zweites Hormon vorhanden, das sich von dem ersten durch sein Verhalten dem Atropin gegenüber unterscheidet. Nach Chiray und Pavel (1925) u. a. ist der motorische Nerv der Gallenblase der Vagus, der unter Vermittlung des autonomen Nervensystems der Gallenblase die motorische Erregung auslöst, die unter normalen Verhältnissen vom Duodenum aus reflektorisch eintritt, wenn Eiweiß und Eiweisderivate in salzsaurer Lösung vom Magen her den Darm passieren. Iwanaga (1924) sah nach Einverleibung von Farbstoffen und Jodkalium in die Gallenblase schon nach 15—25 Min. eine Ausscheidung dieser Stoffe durch den Urin, und zwar, je dünner die betreffende Lösung eingeführt wurde, um so stärker war die Ausscheidung innerhalb der ersten Stunde. Bei schlechtem Allgemeinzustand und zunehmender Vergiftung wurde die Ausscheidung schlechter. Giftstoffe in eine normale Gallenblase gebracht, wirken im Sinne von allgemeinen Vergiftungserscheinungen viel langsamer, als wenn sie in eine entzündete Gallenblase injiziert sind. Gundermann (1925) hat den Gesamtstickstoff in Blasen- und Choledochusgalle bestimmt und fand denselben in steinfreien Blasengallen um fast die Hälfte geringer als in steinerfüllten, nicht empyematös veränderten Gallen. Choledochusgalle ergab einen wesentlich geringeren Stickstoffgehalt als Blasengalle. Praktische Bedeutung aller

dieser Versuche über die direkte Wirkung der gallentreibenden Mittel gewannen vor allem die Bestrebungen Lyons durch intraduodenal eingeführte Mengen von Natriumsulfat den Füllungszustand von entzündeten oder steinhaltigen Gallenblasen therapeutisch zu beeinflussen, eine Methode, von der ein Teil der Autoren bei geeigneten Fällen gute Erfolge erlebt hat, während andere vor der kritiklosen Anwendung warnen zu müssen glauben. Das eine ist zweifellos, die Methode arbeitet mit unbekannten und unberechenbaren Kräften im Dunklen, und wer jemals eine steinerfüllte Gallenblase oder Gallenweg mit bis auf den Serosaüberzug arrodierten Wandflächen intra operationem oder autopsiam gesehen hat, wird aus Furcht vor einer Perforation, vor Einkeilung eines durch das Natriumsulfat in Bewegung gesetzten Steines an ungünstigerer Stelle mit allen möglichen nachfolgenden Komplikationen, nur unter ganz besonderen Umständen diese „nicht chirurgische Drainage" (Chiray, te Clere und Mitochevitch [1924]) zur Beseitigung von Gallensteinen einem unter genauer Sicht vor sich gehenden chirurgischen Eingriff vorziehen, wenn überhaupt eine Indikation zur Vornahme einer Operation vorliegt, ganz zu schweigen, wenn es sich um eine Indicatio vitalis handelt. Eine ähnliche Wirkung wie dem Natriumsulfat schreibt Henius (1924) dem Atophan zu (Icterosan — Schering).

3. *Leberfunktionsprüfung.*

Trotz ihrer wissenschaftlichen Bedeutung haben sich die verschiedenen Methoden der Leberfunktionsprüfung bei den Chirurgen bisher noch nicht in dem Maße eingebürgert, wie man es bei den vielfachen Befunden einer mehr oder weniger ausgebreiteten Schädigung des Leberparenchyms schon bei relativ harmlosen Erkrankungen der Gallenblase und der Gallengänge hätte erwarten können. Ritter (1924) hat sich der dankenswerten Aufgabe unterzogen in einer ausführlichen, in den Ergebnissen der Chirurgie und Orthopädie erschienenen Arbeit das gesamte Schrifttum über die Frage der Leberfunktionsprüfung, soweit es den Chirurgen angeht, zusammenzustellen und kritisch zu sichten. In eigenen Untersuchungsreihen zeigt er den Wert der einzelnen Untersuchungsmethoden auch für die Verwendbarkeit in der chirurgischen Praxis. Details müssen im Original nachgelesen werden. „Aus klinischen, pathologisch anatomischen und pathologisch physiologischen Tatsachen und Beobachtungsergebnissen geht einwandfrei hervor, daß auch die Chirurgie der Funktionsprüfung vermehrte Aufmerksamkeit zu schenken hat, da die Leberfunktion in viel zahlreicheren chirurgischen Fällen, als bisher angenommen worden, gestört, und dadurch offenbar oft an nicht recht klaren operativen Mißerfolgen beteiligt ist. Diagnostisch und differentialdiagnostisch, in der Vorhersage, für die Indikationsstellung, bei der Wahl des Anästhetikums, zur zweckmäßigen Vorbereitung zu operieren der und zur Nachbehandlung operierter Patienten ist eine genaue Funktionsprüfung evtl. mit systematischer Kontrolle von größter Bedeutung. Zu beachten ist dabei vor allem, daß die Gesamtleistung der Leber sich aus einer Reihe von Partialfunktionen zusammensetzt, die jede für sich durch kombinierte Verfahren geprüft werden muß. Nur durch kombinierte Untersuchungen ist ein einwandfreies Gesamtbild von der Arbeitsfähigkeit der Drüsenzellen zu gewinnen", und es sollten nicht einfach auf Grund des negativen Ausfalls einer Prüfungsart Werturteile über die Leistungsfähigkeit der Prüfungsmethode überhaupt abgegeben werden. Maurer und Gatewood (1924) haben speziell mit der Leberfunktionsprüfung nach Injektion von Phenoltetrachlorphthalein gearbeitet und keine sicheren Befunde erhalten. Nach ihren Erfahrungen bedeutet auch eine ungestörte Ausscheidung keinen sicheren Beweis für eine normale Leberfunktion. Nach Robinson dagegen ist der Wert dieser Untersuchungen unbestritten. Nieden (1924) sah bei Leberkranken (Stauungscirrhose, metastatisches Lebercarcinom, Lebercirrhose mit Ascites, Stauungsleber mit Vergrößerung) unter Anwendung der Phlorhidzinmethode von Bauer und Kerti stark erhöhte Zuckerausscheidungswerte und teilweise verlängerte Zuckerausscheidungen gegenüber Gesunden, während die

Cholelithiasisfälle keine eindeutigen Resultate ergaben. Er hält die Methode mit gewissen Einschränkungen für wertvoll zur Feststellung der Leberfunktion. Bisher gibt es aber noch keine Grenzwerte, deren Überschreitung pathognomisch für Lebererkrankung wäre.

4. *Untersuchungsmethoden.*

In die Berichtszeit fällt die Einführung und weitere Ausarbeitung der methodischen Untersuchung des Gallensystems mit Röntgenstrahlen. Zwar waren schon vorher von amerikanischen Röntgenologen mit einer besonderen Technik in Serienaufnahmen und kürzester Expositionszeit Gallensteine in ungefähr 80% der untersuchten Fälle photographisch sichtbar gemacht, aber eine allgemeine wissenschaftliche und praktische Bedeutung erlangte die Röntgenuntersuchung der Gallenwege erst, nachdem Abel und Rowntree (1924) nachgewiesen hatten, daß gewisse Phthaleine und deren Derivate gute Prüfmittel der Leberfunktionen darstellen und durch die Galle ausgeschieden würden. Auf Grund solcher theoretischen Erwägungen erschien es möglich, durch Substanzen, die einen dem Phenolphthalein verwandten Kern besitzen, und die gleichzeitig Jod oder Brom als eine Röntgenschatten gebende Komponente enthalten, eine Darstellung der Gallenblase im Röntgenlicht zu erzielen. Dies gelang zuerst Graham, Cole und Copher (1924) durch intravenöse Einspritzungen einer Natriumlösung des Tetrabromphenolphthaleins im Verhältnis von 5 : 40 Wasser. In vorsichtiger Technik ausgeführt, lassen sich an den injizierten Gefäßen Thrombosen und Nekrosen vermeiden, doch darf nach den Erfahrungen von Revesz (1925) wahrscheinlich aus anatomischen Gründen die Einspritzung an der Vena cephalica nicht vorgenommen werden (?). Im Verlauf weiterer Versuche wurde von Graham und seinen Mitarbeitern an Stelle von Natrium das Calciumsalz, und von anderen Autoren anstatt des Bromsalzes das Jodpräparat als besser bekömmlich und weniger schädlich empfohlen. Auch die Einführung Farbstoffes oral (Weiss, Rachwalsky, Brams u. a. [1925]) durch die Duodenalsonde (Palefski, Einhorn [1925]) und rectal mittels Tropfeinlaufes (Stegemann [1925]) wurde angegeben. Das Kontrastmittel wird bei normaler Leberfunktion in die Galle abgeschieden und bringt die Gallenblase bei offenem Cysticus als Verschattung auf die Röntgenplatte. Unter der Voraussetzung einer genügenden Verabfolgung von Farbstoff kann das Ausbleiben der Gallenblasenfüllung als ein sicheres Zeichen für eine Erkrankung des Organs gedeutet werden. Die Form der Gallenblase zeichnet sich deutlich ab, ungleichmäßige Füllung kann für die Diagnose von Verwachsungen verwertet werden, bei Gallenblasenentzündungen erscheint infolge Fehlens bzw. Abnahme der Konzentrations- und Kontraktionsfähigkeit das Gallenblasenbild viel schwächer; der Entleerungsmechanismus läßt sich genau beobachten, und Steine heben sich als helle polyedrische Flecken charakteristisch im Blasenbild ab. Die Fehlerquellen der Methode sind gering (96,25% Sicherheit der Diagnose nach Graham, Cole und Copher). Die toxischen Nebenerscheinungen, die, wenn vorhanden, sich leicht durch kleine Bromgaben und nach d'Amato (1925) durch Adenalin beseitigen lassen, sind bei Anwendung des Jodpräparates praktisch belanglos. Bei Vorhandensein von Herzfehlern, schwerem Ikterus, Diabetes und Nephritis wird vor Anwendung der Methode gewarnt. Die Gefahr einer direkten Lebergallenschädigung durch die Röntgenstrahlen ist nach Lüdin (1925) nicht groß. Oakmann (1925) will aber trotz allem neben der Cholecystographie auch die übliche Magen- und Darmuntersuchung mit Röntgenmahlzeit nicht unterlassen wissen, da er in einer Anzahl von Fällen dennoch Zeichen pathologischer Veränderungen fand, trotzdem die Gallenblase ganz verschattet und gefüllt gewesen war. Saralegui (1925) berichtet von einem Fall, bei dem es gelang, den dilatierten Ductus hepaticus darzustellen, während die Gallenblase ungefüllt blieb. Die gestellte Diagnose Cysticusverschluß wurde durch die Operation bestätigt. Bonorino und Lanari (1925) erwähnen, daß sie in zwei Fällen sehr deutliche Bilder des Nierenbeckens, der Nieren-

kelche und des Harnleiters erhielten, in denen sich aus unbekannten Gründen die Gallenblase nicht abzeichnete. Copher (1925) konnte beobachten, daß die Entleerung der Gallenblase ausschließlich durch den Choledochus vor sich geht, vielleicht spielen dabei die Lymphgefäße der Gallenblase noch eine geringe Rolle. Bischoff (1925) bediente sich zur Differentialdiagnose der Lufteinblasung ins Rektum, bis er vor dem Röntgenschirm das Colon transversum und die rechte Flexur sich deutlich vom Leberrand abheben sah. Dadurch konnte er die Form der Gallenblase und ihre Beziehungen zur Nachbarschaft feststellen. Lefevre und Monties (1924) spritzten durch eine bestehende Choledochusfistel in Bauchlage mit Beckenhochstand Lipjodol ein, um bei einem Durchbruch eines Echinokokkus in die Gallenwege den genauen Ausgangspunkt nachzuweisen. Sie erhielten ein gutes Übersichtsbild, an dem man den Scheitel der Hauptblase genau erkennen konnte.

5. *Cholecystitis.*

Morley (1924) vergleicht die akute obstruierende Cholecystitis mit der akuten obstruierenden Appendicitis. Der Verlauf der Entzündung ist ein unterschiedlicher, je nachdem die Passage und der Abfluß der Entzündungserscheinungen frei ist, oder durch einen Gallen- oder Kotstein der Durchgang verlegt und bei der Gallenblase durch Verstopfung im Gallenblasenhals, im Cysticus oder Choledochus eine starke Retention und Spannung im Organ erzeugt wird. Virgillo (1924) fand den Inhalt der Gallenblase bei Steinleiden und bei Entzündungen der Gallenblase und ihrer Umgebung in 50% der Fälle keimfrei, und Hedry (1925) behauptet genau das Gegenteil, daß Sterilität der Gallenblase bei Steinen so selten angenommen werden kann, daß praktisch alle zur Operation kommenden Fälle als infiziert zu betrachten sind. Gundermann (1924) hat 255 Fälle von Gallenblasenentzündung bakteriologisch untersucht und konnte in 55% Staphylokokken in der Blasenwand nachweisen, während Colibacillen, Streptokokken und Paratyphus sehr viel weniger vorkamen. Zu gleichen Resultaten kam Huntermüller (1924). Die Staphylokokken, Paratyphus- und Typhusbacillen gelangen anscheinend regelmäßig auf dem Blutwege in die Gallenblase, dagegen erfolgt die Coliinfektion in der Regel ascendierend durch die Galle. Normalerweise sind die Gallenwege bakterienfrei, den Zeitpunkt der stattgehabten Infektion gegau zu bestimmen, wird oft unmöglich sein. Gundermann (1924) weist darauf hin, daß die unter dem Bild der Cholecystitis chronica verlaufende Streptokokkeninfektion der Gallenblase oft genug schon in frühester Kindheit beginnt, indem durch eine Nabelinfektion die Keime in den Körper gelangen und sich in der Gallenblase ansiedeln. Auch der Icterus catarrhalis ist gar nicht selten auf die gleiche Weise zustande gekommen. Eine für die Entstehung der Cholecystitis und Cholangitis außerordentlich wichtige Arbeit mit experimentellen Untersuchungen ist von Boit, Rauch und Stegemann (1924) erschienen. Die Verff. weisen nach, daß eine ascendierende Entzündung der Gallenwege nur auftritt bei Behinderung der Passage im unteren Choledochus, da der dauernde Gallenfluß ein Aufsteigen der Darmbakterien verhindert. Liegt dagegen eine Störung des Abflusses etwa durch einen Stein höher hinauf im Choledochus oder im Gallenblasenhals oder Ductus cystiticus, so erfolgt die Infektion mit großer Wahrscheinlichkeit descendierend. Anwesenheit von Bakterien in den Gallenwegen ist keineswegs identisch mit entzündlichen Erkrankungen der Gallenblasenwand, jedoch begünstigen Steine die Entstehung einer Cholecystitis. Ferner ergab sich im Experiment, daß die Endothelien der Lebercapillaren ein Schutzorgan darstellen, und als solchen einen mikroskopisch wahrnehmbaren Schutzwall nach den Gallencapillaren hin bilden, in welchen sie Bakterien phagocytieren und vernichten können. Bei stärkerer Leberschädigung kann dieser Endothelwall durchlässiger werden, bei Immunisierung wird er stärker. In einer gesunden, normal funktionierenden Gallenblase rufen nur sehr virulente Bakterien in großer Anzahl eine Entzündung mit sekundärer Veränderung der Wand hervor.

6. *Kombinierte Erkrankungen der Gallenwege und des Magens bzw. Darmes.*

Die Frage, ob Beziehungen zwischen organischen und funktionellen Störungen des Magens und Darmes und Erkrankuhgen der Gallenwege, insbesondere Cholecystitis und Cholelithiasis bestehen, ist immer noch unentschieden. Ein Teil der Autoren lehnt alle Beziehungen ab, ein anderer Teil glaubt, daß gewisse Zusammenhänge vorhanden sind. Mac Laren, Archibald und Oerting (1924) fanden wiederholt eine Cholecystitis und Cholelithiasis mit Magen- und Duodenalgeschwüren vergesellschaftet, trotzdem niemals klinische Symptome auf das Vorliegen der Affektionen hingewiesen hatten, und empfehlen deshalb bei allen chirurgischen Eingriffen an den Gallenwegen prinzipiell auch Magen und Duodenum genau auf Vorhandensein eines Ulcus zu revidieren. Walzel, Wiesentreu und Starlinger (1924) bestimmten die Säurewerte des Magens vor und nach Operationen an den Gallenwegen mit dem Ergebnis, daß bei Entzündungs- und Stauungserscheinungen in den Gallengängen vor einem Eingriff wohl ausnahmslos die Aziditätsverhältnisse im Magen und Umgebung bis zum Nullpunkt abnehmen, nach operativer Wiederherstellung eines ungestörten Abflusses der Galle ins Duodenum aber wieder zunehmen, zum mindesten keine weitere Verminderung zeigen. Ableitung der Galle nach außen bewirkt Abnahme der Säurewerte. Damit stimmt überein, daß normale Galle sauer reagiert und bei Berührung mit der Duodenalschleimhaut die Sekretion des sauren Magensaftes physiologischerweise anregt, Galle aus entzündeten Gallenwegen und Stauungsgalle dagegen soll nach Düttmann eine neutrale bis alkalische Reaktion geben und dementsprechend beim Eintritt in den Darm die Magensekretion vermindern. Hieraus ergibt sich für diese Verhältnisse, daß alles davon abhängt, ob ein ungestörter Abfluß der Galle in den Darm stattfindet, nicht ob eine pathologisch mehr oder weniger stark veränderte Gallenblase vorhanden ist und entfernt wird. Auch schon bei Verwachsungen zwischen Gallenblase, insbesondere des Gallenblasenhalses mit dem Duodenum können nach Schneider (1924) bezüglich des Chemismus des Magens alle Übergänge von Hypacidität bis zur Hyperacidität nachgewiesen werden, Beobachtungen, die auch Zander (1924) bestätigt, aber auf das gleichzeitige Bestehen einer von ihm häufig dabei gesehenen Pankreatitis serosa zurückführen will. Rafsky (1924) beobachtete ebenfalls das gleichzeitige Vorkommen von Gallenblasenleiden mit Magen- bzw. Duodenalgeschwüren, das er durch die vielfachen anatomischen und physiologischen Beziehungen des Pylorus, Duodenums und Gallengänge bzw. den Einfluß des Magensaftes auf die Funktion des Pylorus und des Sphincter Oddi erklärt. Nach Loessl (1924) waren bis 64,6% an Gallensteinen leidender Patienten subanacid, ein Verhalten, das auch nach vorgenommener Entfernung der Gallenblase und Wiederherstellung eines ungehinderten Abflusses der Galle in den Darm sich nicht ändern soll. Das Sinken der Magenacidität kann demnach neben den übrigen Symptomen unter Umständen differentialdiagnostisch verwertet werden und die postoperativ bestehen bleibenden Beschwerden sind nach Loessl (1924) in 20,6% auf Anacidität zurückzuführen. Pietri (1925) erforschte den Einfluß der Gallenblase auf die Magensekretion und stellte fest, daß Strukturveränderungen der Gallenblase ebenso wie ihre Entfernung eine nicht zu unterschätzende Hypacidität bis Anacidität zur Folge haben, er lehnt aber chirurgische Eingriffe am Gallensystem zur Beeinflussung der Säureverhältnisse im Magen ab, im Gegensatz zu Takats (1925), der bei Hyperacidität, die jeder Therapie trotzte, durch Vornahme der Cholecystektomie wesentliche Besserungen des Zustandes erzielt haben will, indem die freie HCl von 79 auf 32 und die Gesamtacidität von 98 auf 58 bzw. in einem zweiten operierten Fall von 81 auf 40 und von 100 auf 62 zurückging. Meyer, Ivy und Mc Enery (1924) haben experimentelle Untersuchngen angestellt mit dem Resultat, daß im allgemeinen irgend welche Beziehungen zwischen Gallenblase und Magensekretion nicht bestehen, und daß die bisweilen beobachtete Achylie meist wohl durch Störungen oder Infektionen der Leber, des Pankreas und des Duodenums bedingt ist. Rost (1924) sah ebenfalls keine Änderung der chemischen Reaktion des Magensaftes und des Fermentgehaltes in den Sekreten.

7. *Gallensteinoperationen.*

Über die Frage der Berechtigung der „Frühoperation" der Gallensteine hat in der „medizinischen Klinik" (1924) eine ausführliche Aussprache zwischen Internen und Chirurgen stattgefunden, die in vielen Punkten eine Einigung und Klärung der Ansichten gebracht hat. Zunächst soll nach dem Vorschlag Kuttners (1924) der Begriff „Frühoperation" nur als Bezeichnung für Operationen im Beginn des Leidens bzw. des Anfalles gebraucht, die Operation in jungen Jahren aber als Eingriff „im frühen Alter" bezeichnet werden. Allgemein ist man einig, daß phlegmonöse Cholecystitis, eitrig ulceröse Prozesse, Empyeme, drohende und vollendete Perforationen, Pankreasbeteiligung, chronischer Choledochusverschluß und der geringste Verdacht auf Carcinom eine unbedingte Indikation für den sofortigen Eingriff bedeuten. Matthes, Umber, Kuttner (1924) können vom Standpunkt des Inneren die Forderung der Frühoperation in dem Sinne, daß Gallensteinkranke ganz allgemein bei dem ersten Anfall oder Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen sofort operiert werden sollen, nicht anerkennen. Denn in vielen Fällen bleibt der erste Anfall jahrelang oder fürs ganze Leben der einzige, und außerdem sichert auch die beste Operation nicht vor einem Rezidiv oder vor anderweitigen postoperativen Beschwerden. Krehl (1924) ist „im ganzen eher operativ, als nicht operativ, sogar recht operativ". Die Chirurgen sprechen sich mehr für die unbedingte Frühoperation aus (Läwen, Stich, Schmieden, Finsterer, Kirschner, Oehlecker u. a. [1924]), da das Leiden dann noch auf die Gallenblase beschränkt, die Operation deswegen technisch leichter und ungefährlicher auszuführen ist und der Gesamtorganismus noch nicht durch die Spätschädigungen und zahlreichen Komplikationen, Verwachsungen, Infektion, Erkrankungen des Pankreas gelitten hat. Wo es irgend angeht, will Schmieden (1924) zur Sicherung des Kranken die Vornahme einer Operation wegen der besseren Bedingungen für eine aseptische Heilung im Intervall ausführen. Auch Perthes (1924) sucht, wenn irgend möglich, die Kranken über den akuten Anfall zu bringen, ehe er eingreift. Etwas zurückhaltender äußern sich Körte, Kappis, Küttner, Hotz, Quervain (1924). Schloffer und Quervain (1924) warnen für das frühzeitige Eingreifen bei Gallensteinen vor einem Vergleich mit der Appendicitis, die ungleich öfter zu lebensgefährlichen Komplikationen Veranlassung gibt, und deren Frühoperation technisch viel einfacher und weniger gefahrvoll ist. Hotz (1925) faßt seine Stellungnahme betreffs der Gallensteinchirurgie zusammen in die Worte: „Die Enttäuschungen der Gallensteinchirurgen begründen sich hauptsächlich damit, daß bei jüngeren Personen zu lange medikamentös und bei älteren zu früh operativ behandelt wird." Das Gefahrenproblem und somit die Indikationsstellung zur Operation werden von Abnützungserscheinungen bzw. von der Altersfrage beherrscht, alte Gallensteinkranke erliegen auch ohne Operation einer Pneumonie oder Embolie. Ikterus erhöht nach Körte (1924) die Gefahr jeder Operation, deshalb soll man bei diesem nicht länger als höchstens 14 Tage mit dem Eingriff warten. Küttner (1924) hebt die soziale Lage des Patienten und etwaigen bestehenden Morphinismus des Gallensteinkranken als relative Indikation hervor und will ebenso wie Voss (1924) auch die Cholecystitis der Typhusbacillenträger operieren, bei denen nach Entfernung der Gallenblase keine Typhusbacillen mehr ausgeschieden werden sollen. Fraenkel (1923) findet dagegen die Entfernung der Gallenblase aus dieser Anzeige nicht für berechtigt und aussichtsvoll. Jeder Anfall von Gallensteinkolik, sofern man sich nicht für einen chirurgischen Eingriff entscheidet, erfordert strengste Beobachtung und Sachkenntnis, da der Übergang von einer einfachen serösen Cholecystitis in eine eitrige mit allen möglichen Komplikationen sehr schnell eintreten kann. Im engen Zusammenhang mit der Frühoperation steht die Frage, soll nach einer einfachen Gallenblasenoperation drainiert werden oder nicht. Eine Reihe führender Chirurgen empfiehlt den drainlosen Verschluß der Wunde als ideales und zeitsparendes Verfahren. von Hofmeister (1924) erlebte unter 117 Operationen dieser Art nur einmal eine Stö-

rung, doch legt er großen Wert auf die richtige Auswahl der Fälle, da für die Methode nur diejenigen in Betracht kommen können, bei denen das Steinleiden mit Sicherheit noch auf die Gallenblase beschränkt ist, und das sind etwa 50% seines Materials. Andere Autoren warnen direkt vor dem drainlosen Bauchwundenverschluß. Körte (1924) hält die Diskussion hierüber überhaupt für erledigt: „Wer weise, behält kurze Drainage bei." Ljubomudroff (1924) untersuchte nach Kreidefüllung anatomisch die Gallengänge in der nächsten Umgebung der Gallenblase und konnte dabei in 80% aller Präparate zahlreiche Gallengänge verschiedenen Kalibers an der der Gallenblase anliegenden Oberfläche des Leberparenchyms auffinden. Der oftmals schon kurz nach einer Cholecystektomie zu beobachtende Gallenfluß ist nach ihm nicht die Folge einer ungenügenden oder gesprengten Ligatur des Cysticus, sondern bedingt durch Gallenerguß infolge einer Verletzung dieser oberflächlichen Gallengänge bei der Enukleation der Blase. Je stärkere Verwachsungen zwischen Gallenblase und Leber vorliegen, um so leichter soll es zu derartigen Verletzungsfolgen kommen. Schon diese anatomischen Tatsachen sprechen gegen einen tampon- bzw. drainlosen Verschluß der Bauchwunde. Zu gleichen Resultaten kam unabhängig von ihm auch Hofmann. 84% völlige Heilungen stellte Martin (1924) nach Gallensteinoperationen fest, während in 16% noch Beschwerden fortbestanden, gleichgültig, ob sie drainiert waren oder nicht. Die Kehrsche Gazetamponade scheint allgemein aufgegeben zu sein, sofern es sich nicht um Beherrschung einer größeren parenchymatösen Blutung aus dem Leberbett handelt. Die verschiedensten Zugänge zum Gallensystem sind angegeben, Körte (1924) hält alle „physiologischen" Bauchdeckenschnitte für berechtigt, hat auch gegen den unphysiologischen Schrägschnitt durch den Rectus abd. wegen des guten Zuganges und der günstigen Narben nichts einzuwenden. Für die Narkose wird das Chloroform von Moyniham (1924) und vielen anderen wegen der unberechenbaren Einwirkung auf das oft geschädigte Lebergewebe abgelehnt. Moyniham (1925) bevorzugt die Narkose mit Sauerstoff und Stickstoffoxydul. Zur Sicherung gegen Überraschungen wird gegen Leberinsuffizienz und Acidosis nach dem Vorschlag Matas Glucose in 5—10proz. Lösung intravenös mittels Tröpfcheneinlaufes bis zur Höchstgrenze von 5 Liter pro Tag verabfolgt. Auch sollen sich gleichzeitig daneben noch kleine Insulingaben bewährt haben, um den Zucker ebenfalls auszunutzen. Walters, Waltmanund Bowler (1924) empfehlen vor Operationen wegen Choledochusverschluß die Verabfolgung von Calciumchlorid und sehen in dieser Maßnahme die Ursache für einen bemerkenswerten Rückgang der Sterblichkeit nach derartigen Eingriffen in ihrer Klinik. Finsterer (1924) operiert am liebsten in Lokalanästhesie. Frank (1924) will nur wirklich funktionsunfähige Gallenblasen exstirpiert wissen, dagegen in leichteren Fällen mit oder ohne Steinbildung und Infektion die Gallenblase als physiologisches Organ zur Eindickung der Galle und Regulierung des Druckes im Choledochus während der Periode stärkster Gallenabsonderung durch die Leber erhalten. Denn die Ektomie schützt in keiner Weise gegen das Zurückbleiben von Konkrementen, dagegen beraubt sie, wenn sie indikationslos bei jedem Gallensteinanfall ausgeführt wird, den Kranken einer Einrichtung, die oft noch funktionsfähig ist, und deren weitere Inanspruchnahme durch den Organismus vielleicht von größerer Bedeutung ist, als vielfach angenommen wird. Ähnliche Forderungen erhebt auch Liek (1924) und denkt dabei in erster Linie an die Cholecystitis ohne Stein und an die Stauungsgallenblase. Es handelt sich hierbei häufig um funktionelle Störungen, die besser nicht operiert werden. Nur wenn die Gallengänge imstande sind, die Funktion einer entfernten Gallenblase zu ersetzen, wird es nach Liek keine postoperativen Koliken mehr geben. Tritt in dieser Beziehung eine Insuffizienz ein, so bedeutet dies eine Störung der Funktion, die unabwendbar ein Wiedereinsetzen der Koliken nach sich ziehen muß.

Für die Technik der Cholecystektomie empfiehlt Walzel (1924) den Inhalt der Gallenblase mit dem Saugrohr einer Wasserstrahlpumpe zu entfernen und nach Aus-

tupfen der Gallenblase von innen mit Jodtinktur diese zur Erleichterung der Exstirpation mit kleinen, keilförmig zugeschnittenen Gummischwammstücken anzufüllen. Die Choledocho- bzw. Hepaticoduodenostomie hat in den Berichtsjahren entschieden größere Verbreitung gefunden, obwohl Matthes (1924) sie als unphysiologisch verwirft. Dagegen scheint die Dehnung der Vaterschen Papille zur Erleichterung des Gallenabflusses und des Übertrittes etwaiger zurückgelassener kleinerer Konkremente wiederholt gefährliche Folgen gehabt zu haben und wird widerraten. Auch die Einführung der Gallengänge in den Magen führte in einigen Fällen zu gutem Erfolg. Zur Vermeidung von Gallenfisteln haben Ahrens (1924) u. a. den Cysticusstumpf in das Duodenum und in den Magen eingenäht. Die Verbindung der Gallengänge mit dem Duodenum durch ein eingelegtes Drainrohr, das liegenbleibt, brachte mehrfach gute Resultate. Schramm (1925) erleichterte den Gallenübertritt in den Darm, indem er in den eröffneten gemeinsamen Gang bis zum Lebergang einerseits und nach dem Zwölffingerdarm andererseits, die Papille etwa 8 cm überragend, ein gänsekielstarkes Gummidrain einlegte und darüber den Choledochus mit feinem Catgut vernähte. Die Gallenabsonderung in den Darm ging ohne Störung vor sich, nach Verlauf eines Monats ergab die Röntgenuntersuchung noch die Anwesenheit des Drains an seiner Stelle, das 4 Wochen später ohne Beschwerden per vias naturales abgegangen war. Naegeli (1924) hat experimentell den Choledochus durch einen größeren aus der Magenwand entnommenen gestielten Lappen ersetzt, den er zu einem Kanal umformte und diesen mit dem Gallenblasenstumpf vereinigte. Auf diese Weise schuf er eine Verbindung des Gallensystems mit dem Magen, die von den Versuchshunden gut überstanden wurde.

8. Weiße Galle.

Vana (1923) erzielte beim Hunde farblose Galle nach Unterbindung des Choledochus oberhalb des Duodenums und des Cysticus, ferner nach doppelter Ligatur des Choledochus oberhalb des Duodenums und unter dem Cysticus, während einfache Choledochusunterbindung keine weiße Galle ergab. Die Versuche zeigen, daß für das Zustandekommen der weißen Galle die konzentrierende Wirkung der Gallenblase und Abfluß ihres Inhaltes von großer Bedeutung ist. Soejima (1924) berichtet über Versuche an Katzen und eigene klinische Erfahrungen an drei Fällen und unterscheidet den „Hydrops des gesamten Gallensystems“ als eine Sekretansammlung aus der Schleimhaut der Gallenwege infolge vollständigen Choledochusverschlusses von dem Vorkommen einer primär gallenfarbstoffreien Leberabsonderung infolge einer vorhandenen Störung der Bilirubinausscheidungsfähigkeit ohne Verschluß der Gallenwege. Gallenblasenhydrops in Verbindung mit Choledochusverschluß bedingt die Ansammlung von weißer Galle, wobei für die Entstehung des Gallenblasenhydrops immer eine Bakterieninfektion notwendig ist, für die Entstehung des Choledochushydrops aber die Anwesenheit von virulenten Bakterien zum mindesten begünstigend wirkt.

9. Cystenbildungen in den Gallengängen und der Leber.

Die idiopathischen Choledochuscysten sind in der Regel angeboren und treten meist erst im Laufe des ersten Lebensdezenniums in klinische Erscheinung. Eine richtige Diagnose ist mit Ausnahme eines Falles immer erst bei der vorgenommenen Operation aus anderweitigen Indikationen oder bei der Sektion gestellt worden, die Mortalität beträgt 66%. Zimmer (1924) legte bei einer Cyste, die er zunächst als Pankreascyste ansprach, und erst nach ihrer Eröffnung mit Abfluß reiner Galle als Choledochuscyste erkannte, mit sehr gutem Erfolg eine Anastomose mit dem Duodenum an. Über ähnlich liegende Fälle berichten Neugebauer (1924), Pamperl (1925), Scalone (1924). Bei einem 6jährigen Mädchen, das an zunehmender Schwellung des Leibes litt, drainierte Wyllie (1925) eine dem Leberhilus angelagerte große und dunkelgrüne Galle enthaltende Cyste. Die Sektion stellte fest, daß der Choledochus ohne Fortsetzung zum Doudenum

in die Cyste mündete, eine Papille Vateri aber, wenn auch beträchtlich weiter als sonst vom Pylorus entfernt, völlig ausgebildet im Duodenum vorhanden war. Tothfalussy (1925) konnte bei einem 12jährigen Jungen eine 700 ccm reine Galle fassende Cyste leicht aus ihrer Umgebung ausschälen in einem Fall, in welchem die nachfolgende Autopsie das Fehlen der Vaterschen Papille ergab. Giardina (1923) teilt zu den etwa 50 in der Literatur bereits niedergelgten Fällen von nicht parasitären Lebercysten einen neuen mit, bei dem ca. 10 Liter klarer, strohgelber Flüssigkeit bei der Operation entleert wurden. Die Cyste wurde eingenäht, drainiert und heilte in 7 Monaten aus. Die Cystenwand, die aus Bindegewebe bestand, und in der Gallengänge und kleine Inseln von Leberparenchym eingeschlossen waren, trug ein charakteristisches Epithel. Die Entstehung der Cyste wird auf eine Wucherung der Gallengangsepithelien mit Hyperplasie des benachbarten Bindegewebes zurückgeführt, die Deutung als einfache Retentionscyste wird glatt abgelehnt. Durch Schwund der Zwischenwände der einzelnen kleineren Cysten ist die unilokuläre Cyste entstanden. Sims (1924) operierte eine mannskopfgroße, die untere Bauchhöhle ausfüllende und als Ovarialcystom diagnostizierte Cyste, die vom rechten Leberlappen ausging. Das Präparat zeigte zahlreiche cystische Hohlräume, die von einem ödematösen, chronisch entzündeten Gewebe ohne Beimengung von Lebersubstanz eingeschlossen waren.

10. Tumoren der Gallengänge und der Leber.

Im Vordergrund des chirurgischen Interesses stehen bezüglich der Tumoren die Carcinome. Abramova, Joffe u. a. teilen Fälle von Carcinom der Papille Vateri mit, ebenso Abell (1924), der über drei einschlägige Fälle berichtet, die nur langsames Wachstum zeigten und erst später Metastasen verursachten. Die Tumoren wurden transduodenal nach vorbereitender Cholecystenterostomie exstirpiert und mit einer Radiumkapsel nachbehandelt, die gleich bei der Operation an einer eingeführten Duodenalsonde befestigt, an die Operationsstelle gelegt und später entfernt wurde. Pozzi (1924) legte nach transduodenaler Tumorexstirpation eine Cholecystogastrostomie an. Brocq und Maduro (1924) beschreiben Fälle von Carcinom an der Kreuzung zwischen Hepaticus, Choledochus und Cysticus, deren Symptome mit denen eines Choledochussteines bzw. Carcinom des Pankreaskopfes übereinstimmend sind. Einhorn und De Witt Stetten (1925) haben die bisherigen Operationen wegen Papillencarcinoms in einer Statistik zusammengefaßt, die 18 transduodenale Excisionen mit sieben Todesfällen, vier Duodenumresektionen mit zwei Todesfällen, drei retroduodenale Exstirpationen des distalen Choledochusendes mit Papille mit zwei Todesfällen und eine Excision der Papille durch den erweiterten Choledochus durch Umstülpung mit einer Heilung enthält. Deaver (1924) teilt seine Erfahrungen über das Gallenblasencarcinom mit. Er fand unter 1128 Gallenblasenoperationen zwölf Carcinomfälle = 1,07%, und unterscheidet nach der Entwicklung die ohne jedes Symptom schnell entstehenden, äußerst malignen Formen, von denen mit langer Gallenblasenanamnese, besonders der Cholelithiasis, die er direkt als präcanceröses Stadium ansieht und deshalb so früh als möglich operieren will. Wegen der Schwierigkeit der Diagnose kommen die meisten Fälle von Gallenblasencarcinom fast immer als inoperabel zum Chirurgen. Nach Leitch (1924) erkranken 5% der Gallensteinkranken an Krebs, und bei 70—100% aller Fälle von Gallenblasencarcinom werden Steine nachgewiesen. Auf Grund vorgenommener Versuche sieht Leitch alle in der Gallenblase befindlichen Fremdkörper als Ursache der sekundären Krebsbildung auf der Basis eines dauernden mechanischen Reizzustandes an. Chiasserini führte mit Erfolg bei einem Gallenblasencarcinom die Exstirpation der tumorerfüllten Gallenblase mitsamt dem gleichfalls von der Geschwulst ergriffenen Riedelschen Leberlappen aus. Haim mußte bei einer 48 Jahre alten Frau die carcinomatöse Gallenblase mit einer größeren Leberpartie entfernen, die von Metastasen durchsetzt war, und stellt an der Hand seiner Erfahrungen den Satz auf, daß Metastasen in der Leber nicht mehr

wie früher als absolute Gegenindikation für einen chirurgischen Eingriff ganz allgemein zu gelten haben, sondern, wenn diese in einem begrenztem Leberabschnitt nachgewiesen würden, der Resektion unterworfen werden sollten. Von gutartigen Tumoren berichtet Keppeler (1924) über eine Strumametastase innerhalb des Leberparenchyms, die gleichzeitig mit der steinerfüllten Gallenblase exstirpiert wurde. Der Tumor war von einer fibrösen Kapsel umgeben und zeigte mikroskopisch den Bau einer Struma colloides, die nirgends in das Lebergewebe infiltrierend vordrang, und somit als durchaus gutartige Metastase des langjährig bestehenden Kropfes angesprochen werden konnte. Tietze (1924) entfernte eine außerordentlich blutreiche höckerige Geschwulst, die vom linken Leberlappen dicht neben dem Ligamentum teres entsprang und vom vorderen Leberrand an einem nicht sehr breiten Stiel herabhing. Es handelte sich um ein kavernöses Hämangiom, das sich über den Stiel hinaus noch etwas in das Leberparenchym fortsetzte. Wakeley (1925) operierte gleichfalls mit Erfolg einen derartigen Tumor, der auch vom linken Leberlappen ausging und zum Verschluß der Cardia mit Ernährungsschwierigkeiten geführt hatte. Walzel und Gold (1925) teilen einen höchst seltenen Fall von Nebenleber in einer Größe von 10 : 6 : 2 cm mit, die an der Hinterseite der Gallenblase saß und überall von intakter Serosa umgeben war. Gutartige Papillome beobachtete Romanzev (1924) in größerer Anzahl in der Gallenblase und den Gallengängen. Kausch (1925) beschreibt einen ebenfalls seltenen Fall von Zuckergußleber, bei der er fast die ganze verdickte Leberkapsel leicht und ohne erhebliche Blutung von dem Lebergewebe abziehen konnte. Urban (1925) ging in ähnlicher Weise vor.

11. Echinokokkus.

Ausführliche Darstellungen über die Pathologie und Therapie des Leberechinokokkus liegen hauptsächlich aus Spanien und Australien vor, in welchen Ländern die Erkrankung sehr verbreitet ist. Urrutia (1925) bedient sich zur Diagnose gern des Pneumoperitoneums. Bei einem sehr großen Material hat er das als klassisches diagnostisches Symptom allgemein angeführte „Hydatidenschwirren" nur fünfmal einwandfrei feststellen können (Körte will es nie beobachtet haben) und spricht ihm deshalb jeglichen diagnostischen Wert ab. Jedenfalls ist es abhängig von der Spannung, unter welcher die Flüssigkeit in der Cyste steht, aber auch von dem Verhalten und der speziellen Nachgiebigkeit der Wandung. Ohne Zweifel besteht ein Zusammenhang zwischen den oft anfallsweise auftretenden sehr heftigen Schmerzen und dem Einbruch von Blasen und Membranen in die Gallenwege. Dève (1925) glaubt, daß der Durchbruch von Hydatidencysten in die Gallenwege keine Seltenheit ist, nach seinen Angaben ungefähr in 5—10% aller Echinokokkenerkrankungen der Leber, und an Häufigkeit gleich hinter dem Durchbruch in die freie Bauchhöhle kommt. Rodriguez (1924) vermochte den Durchbruch in die Gallenwege durch Abgang von Tochterblasen im acholischen Stuhl direkt zu diagnostizieren. Fairlay (1924) berichtet über 167 eigene genau beobachtete Fälle, die sich gleichmäßig über beide Geschlechter verteilen und bei denen sich die Cysten meist im rechten Leberlappen fanden. Für die Diagnose sind die verschiedenen biologischen Untersuchungsmethoden von großem Wert, der Nachweis mit Röntgenstrahlen ist nach Arnold (1925) sehr unsicher und nur aussichtsvoll, wenn bereits Verkalkung der Cyste aufgetreten ist. Partsch (1924) empfiehlt ebenso wie Fairlay (1924) die intensive Behandlung des Cysteninneren mit Formalin und nachfolgendem primären Nahtverschluß der Sackwunde, die Mortalität sei kleiner und die Heilungsdauer infolge Fortfallens der langen Eiterung wesentlich abgekürzt. Wenn es irgend angeht, will Fairlay (1924) aber die Cyste exstirpieren. Läwen (1924) resezierte die Leber im Zusammenhang mit der Gallenblase bei multilokulärem Echinokokkus und stillte die Blutung durch Einlegen eines Muskelstückes in die Leberwunde. Cignozzi (1925) mißt der intracutanen Hydatidenflüssigkeitsinjektion einen großen diagnostischen Wert bei, die noch jahrelang nach einer operativen Ent-

fernung der Echinokokken positiv bleibt. Er und Lozano rühmen zur Behandlung des Leberechinokokkus die Marsupialisation, d. h. die Ausräumung der Cyste und Entfernung der tierischen Membran mit Drainage — und bezeichnet dieses Vorgehen als Methode der Wahl. Constantini (1925) empfiehlt eine besondere Schnittführung zur chirurgischen Behandlung des Leberechinokokkus, der hinten oben in der Leber sitzt, und bezeichnet seine Methode mit dem Namen Thoraco-phreno-Laparotomie ohne Pneumothorax. Fiessinger (1924) berichtet über lufthaltigen Echinokokkencysten der Leber, die sehr oft infolge Kommunikation mit den Bronchien, dem Magen oder Darm zustande kommen, oder völlig isoliert von anderen lufthaltigen Organen ihren Gasgehalt einer Infektion durch Darmmikroben entweder infolge aufsteigender Galleninfektion oder auch auf dem Blutweg verdanken. Die verschiedenartigsten Bacillen wurden schon aus derartigen Echinokokkencysten gezüchtet. Nach Trias-Pujol (1925) ist Ikterus beim Echinokokkus nicht selten und entsteht bei Perforation in die Gallenwege und Verstopfung derselben durch die Blasen, oder durch Kompression von außen her durch die Cyste selbst oder ihrer Nachbarschaft. Cantelli und Cignozzi (1925) machen darauf aufmerksam, wie leicht eine Verwechslung einer gewöhnlichen Gallenblasenerkrankung mit einem Leberechinokokkus möglich ist, so daß oft erst bei der Operation die richtige Diagnose gestellt werden kann, besonders in Ländern, in denen der Echinokokkus sehr häufig auftritt. Posselt (1925) bearbeitete die Klinik und Pathologie des alveolären Echinokokkus der Leber und seine geographische Verbreitung und das Vorkommen im Alpenland, besonders in Tirol, Desoil (1925) das gleiche Thema für Frankreich. Während der Infektionsmodus bei dem hydatidosen Echinokokkus, mit dem Hund als Zwischenwirt, bekannt ist, weiß man bei der alveolären Form hierüber noch nichts ganz sicheres, vielleicht, daß hier gar kein Zwischenwirt vorhanden ist.

12. Leberabsceß.

Die Arbeiten über Leberabscesse beschäftigen sich der Hauptsache nach mit den Abscessen bei der Amoebenruhr. Mühlmann (1924) stellte Versuche an über die Wirkung des Dysenterietoxins auf die Leber und fand, daß nach Verabreichung des Toxins eine Nekrose des Lebergewebes mit sekundärer entzündlicher Reaktion auftritt. Werden langsam steigende Dosen von Alkohol dem Versuchstier eine Zeit lang vorher gegeben, so entwickelt sich mit großer Regelmäßigkeit ein Leberabsceß, wodurch eine Erklärung dafür gewonnen scheint, daß in warmen Ländern die Dysenterie bei den Europäern, die Alkohol zu sich nehmen, so häufig mit Leberabsceß kompliziert ist gegenüber den Mohammedanern, die aus religiösen Gründen abstinent sind. Nach Kelley (1924) ist der Amoebenabsceß in 40% der Fälle steril, die Amoeben sollen nur in der Absceßwand zu finden sein. Townsend (1924), Fry (1924) und Ciotalo (1924) rühmen die guten Resultate, die sie beim Amoebenabsceß mit der Emetinbehandlung erzielt haben. Das Mittel wirkt ganz spezifisch, so daß eine Amoebenruhr fast ausgeschlossen werden kann, wenn auf eine mehrmals wiederholte Emetingabe das Fieber nicht zurückgeht, Abscesse sollen auch ohne Operation zur Ausheilung gelangen. Dagegen sah Prat (1925) nur gutes bei der Behandlung frischer Fälle, während das Emetin in älteren Fällen versagte. Aber auch nach operativer Entleerung eines Amoebenabscesses wird Emetin zu geben von den Autoren empfohlen. Nach Manson-Bahr (1924) und Morris (1925) tötet das Emetin wohl die Bacillen in der Leber und ist darum ein gutes Mittel, aber es bewirkt keine Resorption des Eiters. Zur Erkennung der Leberabscesse, ihres Sitzes und ihrer Beziehungen zur Nachbarschaft wird von Heymann (1925) das Pneumopeterium vielfach mit gutem Erfolge angewendet. Der Absceß erscheint als dunkler Schatten, der in der Regel keinen Zusammenhang mit dem Thorax hat und bei Durchleuchtungen in verschiedenen Ebenen immer mit dem Leberschatten zusammenfällt. Verwachsungen kommen deutlich zur Wahrnehmung. Prat und Dickenson (1924) haben auch schon von der einfachen Röntgendurchleuchtung für die Diagnose und Be-

handlung des Leberabscesses Vorteile gehabt. Wilhayn (1924) beschreibt einen Fall von Leberabsceß, der durch Eindringen einer Fischgräte bedingt war, die ein Jahr zuvor verschluckt und dann vom Duodenum aus in die Leber eingewandert war. Fabris (1924) sah einen Absceß durch Eindringen von Distoma hepaticum in die Gallengänge entstehen, und Engel (1924) und Tobiczeck (1925) einen ähnlichen Fall durch das Hineingelangen eines Ascaris lumbricalis. Andersson (1925) erlebte in 11,3% der Fälle Abscesse nach zentraler Leberruptur (Apoplexie infolge Vereiterung des Blutergusses, in der Regel durch Infektion von den Gallenwegen, aber auch auf dem Lymph- und Blutweg. Fabrikant (1924) eröffnete bei einem Kinde einen großen solitären Leberabsceß, in dem er Tuberkelbacillen nachweisen konnte, und sah danach dauernde Heilung.

13. Verletzungen der Gallengänge und Leber.

Andersson (1925) hat die Verletzungen der Leber und Gallengänge an der Klinik zu Lund innerhalb der letzten 25 Jahre zusammengestellt. Die Mehrzahl derselben war subcutan. Isolierte Verletzungen der Gallengänge sind sehr selten und haben in der Regel die Entstehung eines großen Gallenergusses im Bauchraum diffus oder abgekapselt zur Folge. Dieser Gallenerguß bewirkt in einem Teil der Fälle das Auftreten einer Cholämie, die in anderen gleichartigen Fällen fehlt, wenn eine Gallenresorption seitens des Peritoneums durch das Bestehen einer fibrösen Peritonitis erschwert oder unmöglich gemacht wird. Auch Peroni (1925) sah nach Leberverletzungen große Gallenergüsse ohne Cholämie bestehen und konnte dabei feststellen, daß dergleichen Ergüsse ohne größere Blutung vorhanden sein können, da die intrahepatischen Blutgefäße spontan und rasch thrombosieren. Die sonst bei Leberrupturen gewonnenen Erfahrungen bringen im wesentlichen nichts Neues, abgesehen von einem Fall, in welchem infolge Sturzes von einem hohen Wagen bei einem 4jährigen Jungen die völlig unverletzte Gallenblase bis zur Hälfte aus ihrem Leberbett abgelöst, bei der vorgenommenen Laparotomie gefunden und nach Zurückbringen in ihre normale Lage erhalten werden konnte. Koteljnikov (1925) fand bei der Sektion einer an Eklampsie verstorbenen Frau an der vorderen Fläche des rechten Leberlappens mehrere Rupturen und in der Bauchhöhle über 2 Liter frischen Blutes. Hämäläinen (1925) hat umfassende Versuche über den Entstehungsmechanismus der durch stumpfe Gewalt verursachten Rupturen der Leber und der übrigen parenchymatösen Organe des Unterleibes angestellt, und erklärt dieselben entweder durch Biegung oder durch Kompression der einzelnen Organe entstanden. Am häufigsten sind die Berstungsrupturen, die von zirkulärer Zugspannung, durch Kompression des Organs entstanden, verursacht werden. Die sogenannten Zentralrupturen sind ebenfalls als gewöhnliche Berstungsrupturen anzusehen und wahrscheinlich viel häufiger als man meist annimmt.

Anatomie und Physiologie der Leber, Gallenblase und Gallengänge.

Bergmann, G. v., Die funktionellen Störungen in den Gallenwegen und ihre Bedeutung für die Pathologie der Gallenblasenerkrankungen. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 16, S. 486—489 u. Nr. 17, S. 518—522.) *

Bernheim, Alice R., Liver function test. (New York hosp.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 205—212.) 32, 148.

Bernstein, Benjamin M., The influence of the gall bladder on intestinal motility. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 6, S. 838—842.) *

Burden, Verne G., Observations on the histologic and pathologic anatomy of the hepatic, cystic, and common bile ducts. (Graduate school, univ. of Minnesota, Minneapolis.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 584—597.) 35, 405.

Chiray, M., et I. Pavel, Physiologie de la vésicule biliaire. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 43, S. 713—716.) 33, 279.

Chiray, M., et I. Pavel, La contractilité de la vésicule biliaire. 1. mém. Etude critique. (Journ. de physiol. et de pathol. gén. Bd. 23, Nr. 1, S. 105—111.) 33, 279.

Chiray, M., et I. Pavel, La contractilité de la vésicule biliaire. 2. mém. Etude expérimentale. (Journ. de physiol. et de pathol. gén. Bd. 23, Nr. 2, S. 318—331.) 34, 172.
Chiray, M., et I. Pavel, La contractilité de la vésicule biliaire. 3. mém. Etude physico-pathologique. (Journ. de physiol. et de pathol. gén. Bd. 23, Nr. 3, S. 593—605.) 34, 376.
Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 3, Bd. 6. Heller, E., Die Chirurgie der Leber und des Gallensystems. — Riese, H., Die Chirurgie des Pankreas. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. 228 S. u. 10 Taf. RM. 12.—.) 32, 257.
Fischelson, I., Zur Topographie der Arteria cystica. (Inst. f. operat. Chir., Univ. Rostov, Prof. Woznesenskij.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1297—1299.) (Russisch.) 35. 841.
Gundermann, Experimentelle Gallenstudien. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 704.
Gutierrez, D'Alberto, Anatomisch-chirurgische Betrachtungen über die extrahepatischen Gallenwege. (Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3709, S. 35—37.) (Spanisch.) 31, 559.
Hurst, Arthur F., An address on the sphincters of the alimentary canal and their clinical significance. (Brit. med. journ. Nr. 3348, S. 145—151.) 31, 459.
Iliescu, Mihail O., Das Zeichen des rechten Phrenicus bei Appendicitis und ihren Folgen in der Gegend unterhalb der Leber. (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 5, S. 77—96.) (Rumänisch.) 33, 343.
Ischiyama, Fukujiro, Experimentelle Untersuchungen über die Funktion der Gallenblase bei der Gallenausscheidung in das Duodenum, insbesondere über ein Hormon in der Gallenblasenwand und über den Wirkungswechsel von Adrenalin auf die Gallenblase. (Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka Bd. 10, S. 61 bis 115.) 32, 782.
Iwanaga, Hitoo, Experimentelle Studien über den Mechanismus der Gallenausscheidung, insbesondere über die Funktion des Oddischen Sphincters. (Mitt. a. d. med. Fak. d. Kais. Univ. Kyushu, Fukuoka Bd. 10, S. 1—60.) 32, 783.
Lauwers, Emile E., De la physiologie à la chirurgie des voies biliaires. (Bruxelles: Maurice Lamertin 1925. 40 S.) 33, 219.
Nagai, Kikuo, and Tsunejiro Sawada, Studies on Oddi's sphincter and the relation between the pancreatic duct and the common bile duct of Japanese. (Acta scholae med. univ. imp., Kioto Bd. 8, H. 1, S. 91—101.) *
Nishina, T., Über die intravenöse Injektion von Magn. sulf. und die Gallensekretion. (Nippon Naika Gakkai Zashi Bd. 13, Nr. 6.) 33, 912.
Odermatt, W., Die intrahepatische Variation der Gallenwege, die Ductus hepatocystici und ihre klinische Bedeutung. (Chir. Univ.-Klin., Basel u. kantonal. Krankenh., Liestal.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 2, S. 221—236.) 31, 935.
Pietri, G. A., Rilievi e ricerche sui rapporti fra funzionalità gastrica e biliare. (Istit. di clin. e patol. chir., univ., Sassari.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 212—220.) 32, 833.
Specht, Experimentelle Untersuchungen über Gallendesinfektion. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 705.
Specht, Otto, Die Funktion des Sphincter choledochi bei gallensekretionsfördernden Mitteln. (Chir. Klin., Univ. Gießen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 2, S. 213—220.) 31, 764.
Suchow, Wladimir, Experimentelle Untersuchungen über Chromocholoskopie. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol., Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 356—362.) 32, 47.
Violato, Andrea, Ricerche sperimentali sulla esplorazione della secrezione biliare per mezzo del sondaggio duodenale. (Istit. di patol. chir., policlin. Umberto I., univ., Roma.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 7, S. 648—676.) 33, 66.
Walzel, Peter, und Ernst Gold, Zur Anatomie der sogenannten Nebenleber. (Hepar succenturiatum.) (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 138—142.) 32, 148.
Winkelstein, A., Some observations on the entrance of bile into the duodenum. (Med. dep., Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 545 bis 547.) 31, 935.
Winkelstein, A., and P. W. Aschner, Experimental studies on the entrance of bile into the duodenum. (Surg. laborat., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., New York.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 5, S. 679—686.) 33, 671.

Angeborene Mißbildungen der Leber, Gallenblase und Gallengänge.

Bastai, Pio, Aplasia delle vene sovraepatiche con persistenza della vena ombelicale. (Clin. med. gen., univ., Torino.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 1, S. 1—23.) 31, 105.

Budde, Max, Über Überschußbildungen an den Gallenwegen. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 21, S. 848—849.) 32, 348.

Budde, Max, Über Hemmungsbildungen an den Gallenwegen. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 32, S. 1330—1331.) 33, 66.

Cullen, Thomas S., Accessory lobes of the liver. An accessory hepatic lobe springing from the surface of the gallbladder. (Gynecol. dep., Johns Hopkins hosp. a. med. dep., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 718 bis 764.) 34, 379.

Desgouttes, L., et A. Ricard, A propos d'une anomalie des voies biliaires. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 6, S. 823—826.) 34, 590.

Feldmann, W. M., Two cases of occlusion of bile-ducts in infants. (St. Marys hosp. f. women a. childr., Plaistow.) (Brit. journ. of childr. dis. Bd. 22, Nr. 259/261, S. 215—218.) *

Fischer, Aladár, Über Gallenblasentorsionen. (Gyógyászat Jg. 65, H. 14, S. 317 bis 319.) (Ungarisch.) 31, 936.

García Lagos, H., V. A. Ugón und Cantón, Gallenretention infolge angeborener Mißbildung der Gallenblase. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 7, S. 545—551.) (Spanisch.) 34, 172.

Hofmann, Artur Heinrich, Eine seltene Lage der Gallenblase. (Städt. Krankenh., Offenburg [Baden].) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 9, S. 456—457.) 31, 395.

Just, Emil, Ein Beitrag zu den Abnormitäten der Gallenwege. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 203—205.) 31, 321.

Lamas, Alfonso, Rückwärtslagerung der Gallenblase. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 10, S. 852—857.) (Spanisch.) 35, 252.

Schusterówna, Helena, Zur Entstehung des angeborenen Fehlens oder Undurchgängigkeit der Gallenwege und der Gallenblase. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 19, S. 436—439.) (Polnisch.) *

Velickovič, S., Gastroschisis completa cum „Ectopia" hepatis. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 3, S. 130—132.) (Serbo-kroatisch.) *

Wischnewsky, A. W., Doppelgallenblase, während der Operation aufgedeckt. (Ektomie der erkrankten supplementären Blase.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 779—781.) 32, 47.

Allgemeines über Pathologie der Leber und Gallengänge und diejenigen Krankheiten, welche nicht in Sonderkapiteln untergebracht sind.

Adams, S. Franklin, Is disease of the gall bladder a cause of diabetes mellitus? (Sect. on med., Mayo clin., Rochester.) (Surg., gynecol., a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 75 bis 78.) *

Andrews, C. F., Gall bladder disease. (Nebraska state journ. of med. 10, S. 363.) 35, 46.

Barber, Walter L., Instructive cases of bile tract disease considered surgically. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 1, S. 12—16.) *

Barrow, John V., Eugene L. Armstrong and William H. Olds, A clinical, pathological and operative study of the icterus index. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 4, S. 583—594.) 31, 887.

Bayless, B. W., and C. Skinner, Calcification of gallbladder. Case report. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 8, S. 305—306.) 33, 129.

Bernheim, Alice R., The icterus index. (New York hosp.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 203—205.) 32, 526.

Büdinger, Konrad, Verstopfung der Gallenwege durch Cholesterinschlamm. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 406—412.) 31, 888.

Bunts, Frank E., Some considerations pertaining to the diagnosis and surgical treatment of diseases of the gall-bladder. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 232—238.) 33, 129.

Chiray, M., I. Pavel et M. Milochevitch, La cholécystatonie. États hypotoniques et atoniques de la vésicule biliaire. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 73, S. 1217—1220.) 34, 377.

Chiray, M., et M. I. Pavel, L'insuffisance cholécystique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et des maladies de la nutrit. Bd. 15, Nr. 9, S. 921—934.) 34, 797.

Cornils, E., Polyneuritis nach schwerem, mechanisch bedingtem Ikterus mit Leberveränderung. (Allg. Krankenh. Barmbek, Hamburg.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 313—320.) 33, 69.

Deaver, John B., The surgery of jaundice. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 287—298; Wisconsin med. journ. 23, S. 539.) 31, 325.

Delagenière, H., Rétrécissements inflammatoires et cicatriciels des voies biliaires principales. Une observation. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 11, S. 946 bis 952.) 34, 909.

Dieterich, Hans, Die porotische Malacie nach Gallenfisteln. (Chir. Univ.-Klin., Gießen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 530—553.) 33, 674.
Dumitrescu, Theodor, Zwei Fälle von partieller galliger Melanodermie. (Spitalul Jg. 45, Nr. 6, S. 226.) (Rumänisch.) 32, 527.
Erb, Karl H., und Fritz Barth, Tryptisches Ferment im Inhalt exstirpierter Gallenblasen, zugleich ein Beitrag zur Bakteriologie der Galle. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 507—526.) 34, 726.
Ewojàn, J.G., Zur idiopath. Erweiterung d.Duct. choledochus.(Krankenh.d.„Asnaphta". Baku.) (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverl. d. Ukraine, S.139—154.)(Rus.) 33, 129.
Fedorov, S., Klinische Bedeutung der Stauungsgallenblase Aschoff. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 145—146. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) 33, 912.
Fifield, L. R., Torsion of the gall bladder. (Brit. med. journ. Nr. 3359, S. 920.) 32, 471.
Finkelstein, B. K., Zur Frage der Indikationen zur Operation bei Erkrankungen der Gallenwege. (Chir. Klin., Univ. Baku.) (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr. Moskau. 3.—8. V. 1924, S. 615.) (Russisch.) 34, 854.
Fischer, Aladár, Über Gallenblasentorsionen. (Gyógyászat Jg. 65, H. 14, S. 317 bis 319.) (Ungarisch.) 31, 936.
Fischer, Aladár, Über Torsion der Gallenblase. (Brody-Spit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 28, S. 1527—1531.) 32, 621.
Gellért, Elemér, Operative Indikationen bei Erkrankungen der Gallenblase. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 131—134.) (Ungarisch.) 33, 596.
Georg jr., Conrad, Rupture of the gall bladder; report of a case with operation and recovery. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 11, S. 595—597.) *
Grekov, I. und S. P. Fedorov, Zur Frage über die Cholecystitis bei Kindern. (Kliničeskaja medizina Jg. 6.) (Russisch.) 33, 395.
Haberland, H. F. O., Studien an den Gallenwegen. IV. Die Beziehungen des Ductus-choledochus-Verschlusses zum Ikterus. (Chir. Klin. [Augustahosp.], Univ. Köln.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 248—280.) 31, 888.
Haberland, H. F. O., Die Therapie der Gallenblasenerkrankungen. (Chir. Klin., Augusta-Hosp., Univ.Köln.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 5, S. 132—134.) 32, 298.
Hairston, S. H., Treatment of obstructive jaundice. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 219—221.) 33, 596.
Hedry, Miklós, Beiträge zur Bakteriologie der Gallenblase auf Grund von hundert operativen Fällen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 48, S. 1161—1164.) (Ungarisch.) 34, 104.
Heilmann, P., Über Veränderungen der Mesenterien und der Leber bei entzündlichen Erkrankungen der Bauchorgane. (Pathol. Inst., Krankenstift, Zwickau.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 3, S. 611—619.) 32, 766.
Heußer, Heinrich, Die blutende Gallenblase. (Chir. Univ.-Klin., Basel.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 47, S. 2007—2009.) 34, 37.
Hill, J. H., and W. W. Scott, Mercurochrome-220 soluble as a biliary antiseptic. An experimental study. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Arch. of internal med. Bd. 35, Nr. 4, S. 503—515.) 37, 612.
Hill, Norman H., and R. A. Ramsay, Cystic dilatation of the common bile duct. (Brit. med. journ. Nr. 3387, S. 991—992.) 33, 913.
Hinrichsen, H. M., Erscheinen nach Novoprotininjektionen bei Erkrankungen der Gallenwege Gallenfarbstoffe im Urin? (Auguste-Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 43, S. 1774—1776.) 33, 751.
Hoffmann, Viktor, Stauungsgallenblase und Schwangerschaft. I. Mitteilung zur Klinik der Gallenwegserkrankungen. (Chir. Klin., Univ. Köln.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 42, S. 2008—2010.) 33, 752.
James, Charles S., Recognition of surgical diseases of the gall-bladder. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 10, S. 1313—1315.) *
Janssen, Peter, Wanderniere und Gallenblasenerkrankungen. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 180.) *
Jellinek, K., Drei Fälle von Gallenblasendivertikel. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 326.
Judd, E. Starr, Surgical procedures in jaundices patients. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 2, S. 88—92.) 32, 618.
Judd, E. Starr, Certain difficulties presented by disease of the biliary tract. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 643—653.) 32, 841.
Kausch, W., Zur Chirurgie der Zuckergußleber und der Lebercirrhose. (Krankenh. Berlin-Schöneberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 25, S. 1357—1360.) 32, 420.
Keiser, A., Knotenartige Lebertuberkulose. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 244—248.) (Russisch.) 38, 381.

Kirchmayr, L., Über einen Fall von Gasbrand der Gallenblase. (Stephanie-Spit., Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 28, S. 1522—1527.) 32, 623.
Kudrnáč, Kompression des Ductus choledochus durch tuberkulöse Drüsen. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 45, S. 1624—1626.) (Tschechisch.) 33, 752.
Loessl, J., Die Erkrankungen der Gallenwege und die Magensekretion. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 326.
Makai, Endre, Zur pathologischen Bedeutung der Schmerzhaftigkeit der Gallenblasen- und Magenpforten-Gegend. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 152 bis 156.) (Ungarisch.) 33, 280.
Marwedel, Gg., Erfahrungen mit den Duodenalklysmen nach Allard. (Luisenhosp., Aachen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 41, S. 1719—1720.) 33, 346.
Matsuo, Iwao, and Nobuo Mizuta, Choledochitis membranacea. (Acta scholae med. univ. imp., Kioto Bd. 8, H. 1, S. 87—90.) *
Melichoff, P., Zur Frage der idiopathischen Gallengangserweiterung. (Chir. Hospitalsklin., I. Moskauer Univ., Prof. Martynoff.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 9, S. 74—86.) (Russisch.) 33, 220.
Metzler, Franz, Über pathologische Veränderungen am Leberrand. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 4, S. 794—801.) 31, 889.
Milostanov, Über Thrombose der Pfortader. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 58—61.) (Russisch.) *
Morochnowskij, N., Zur Frage der Gallenbronchialfisteln. (Ssemaško-Krankenh., Pensa, Dir. Dr. N. Morochnowskij.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 17, S. 429—434.) 33, 753.
Neander, Adil, 3 Fälle von Cholecystektomie bei Paratyphusbacillose. (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 44, S. 1249—1252.) (Schwedisch.) 34, 378.
Nicastro, Giuseppe, La stasi biliare da stenosi del coledoco. Ricerche sperimentali. (Istit. di patol. chir., univ., Palermo.) (Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 15, H. 2, S. 123—152.) 36, 212.
Novaro, Raúl, und H. Bermúdez Zolezzi, Betrachtungen über ein Symptom von Verwachsungen des intrahepatischen „Carrefour". (Anales del inst. modelo de clín. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 210—231.) (Spanisch.) 34, 36.
Petrén, Gustaf, Untersuchungen über die Blutgerinnung bei Ikterus nebst einigen Worten über die sog. cholämischen Blutungen. (Chir. Univ.-Klin., Lund.) Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 488—521.) 31, 396.
Pielsticker, Felix, Die rezidivierende Nabelkolik bei Kindern — eine Hepatose. (Monatsschr. f. Kinderheilk. Bd. 30, H. 3/4, S. 367—374.) *
Pietra, Paolo, Contributo clinico-sperimentale alla conoscenza degli itteri. Pt. II. Il ricambio emoglobinico in rapporto alle varie forme di itteri. (Clin. med., univ., Torino.) (Arch. di patol. e clin. med. Bd. 4, H. 1, S. 31—76.) *
Pribram, B. O., Über fixierte Cholecystoptose. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 36, S. 2002—2005.) 33, 66.
Rausch, Zoltán, Die Duodenalsondierung in der Behandlung der Erkrankungen der Gallenwege. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 238—245.) (Ungarisch.) 33, 751.
Reimann, Stanley P., Jaundice. Its pathological physiology. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 299—304.) 31, 325.
Rubašov, G., Appendicitis, Cholecystitis, Cholelithiasis. (Chir. Univ.-Klin., Minsk.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 354—365.) (Russisch.) 36, 275.
Samaja, Nino, Mobilità apparente del fegato nella paralisi diaframmatica destra. (Bull. d. scienze med., Bologna Bd. 3. Nov.-Dez.-H.. S. 323—336.) 35, 755.
Schütz, E., Zungenförmiger Fortsatz des linken Leberlappens; durch Verwachsung mit der Vorderfläche des Magens einen Magentumor vortäuschend. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 31, S. 863.) *
Sebening, Walter, und Wilhelm Schöndube, Großes Gallenblasendivertikel mit Stenosierung des Magenausganges. Beitrag zu den Wechselbeziehungen zwischen Gallenblase und Magen. (Chir. u. med. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. *klin.* Chir. Bd. 137, H. 2, S. 308—314.) 34, 174.
Straus, David C., Kinks of the neck of the gall-bladder and the beginning of the cystic duct. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 947—958.) 33, 129.
Sutter, A., Die Stieltorsion der Gallenblase. (Chir. Abt., Kantonspit., St. Gallen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 3, S. 519—532.) 31, 844.
Tobias, José W., Nichtchirurgische Drainage der Gallenwege. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 375—388.) (Spanisch.) 34, 525.
Volvulus of the gall-bladder. (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 8, S. 424 bis 425.) 32, 779.
Waterworth, S. J., The surgical management of the jaundiced patient. (Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 3, S. 142—143.) 34, 37.

Wessel, Carl, Recherches sur l'hépatite à propos de quelques cas d'ictère opérés. (Hôp. de Bispebjaerg, Copenhague.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 533 bis 550.) **31**, 395.

Yokota, K., Eine neue Methode zur Bildung der Kollateralbahnen des Pfortadersystems (Omentum majus) mit dem Hohladersystem (Bauchwand) sowie zur permanenten Drainage der Ascitesflüssigkeit ins subcutane Gewebe (partielle Verlagerung des großen Netzes ins subcutane Bindegewebe mit vollständiger Erhaltung seiner Blutzirkulation). (I. chir. Klin., kais. Univ. Kioto.) (Arch. f. japan. Chir. 2, H. 6.) **35**, 252.

Zamboni, Giovanni, Sintomo non comune di pericolecistite e suo trattamento chirurgico. (Pesaro: Tip. G. Frederici 1925. 13 S.) *

Traumatische Erkrankungen der Leber und Gallengänge.

Andersson, Louis, Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der subcutanen Leber- und Gallengangverletzungen. (Chir. Univ.-Klin., Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 4/5, S. 380—414.) **33**, 393.

Andersson, Louis, Über traumatische Ablösung der Gallenblase von der Leber. (Chir. Klin., Univ. Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 4/5, S. 369—379.) **33**, 394.

Andersson, Louis, Über zentrale Leberrupturen und ihre Komplikationen, vorzugsweise Abscesse. (Chir. Klin., Univ. Lund.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 4, S. 696—710.) **34**, 796.

Beresnegowskij, N. J., Über subdiaphragmale Eiterungen bei Schußwunden der Leber. (Izvestija pomskovo gossudarstvennovo universiteta Bd. 76, S. 142—150.) (Russisch.) *

Bonnet et Guibal, Plaie pénétrante de l'hypochondre droit par instrument tranchant. Transfixion du foie, hémorragie intra-péritonéale, gros hématome retro-péritonéal secondairement infecté. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 189—192.) *

Butoianu, M. St., und C. Stoian, Die Verletzungen der Gallenblase. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 6/7, S. 277—286.) (Rumänisch.) **33**, 128.

Hämäläinen, M., Über den Entstehungsmechanismus der durch stumpfe Gewalt verursachten sogenannten subcutanen Rupturen der parenchymatösen Organe des Unterleibes (der Leber, der Milz und der Nieren) mit besonderer Berücksichtigung der Berstungsrupturen. Eine experimentelle, klinische und physikalische Studie. (Chir. Univ.-Klin., Helsinki.) (Acta societatis medicorum Fennicae „Duodecim" Bd. 6, H. 3, S. 1—83.) **33**, 899.

Koteljnikov, W., Über einen Fall einer Leberruptur bei Eklampsie während der Geburt. (Kliničeskaja medicina Jg. 6, Bd. 3, Nr. 3/4, S. 114.) (Russisch.) **34**, 36.

Kubányí, Endre, Vier geheilte Leberstiche. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 3, S. 45—47.) (Ungarisch.) *

Levy-Neumand, Les ruptures traumatiques du foi. (Paris: Norbert Maloine 1925. Frcs. 10.—.) *

Marinelli, Filippo, Contributo sperimentale allo studio delle ferite delle vie biliari extraepatiche e della colemia. (Osp. di Cologna Veneta, Verona.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 5, S. 249—264.) **32**, 298.

Peroni, Paolo, Le rotture traumatiche del fegato e la loro sintomatologia. (Osp. magg. [Milano] Jg. 13, Nr. 5, S. 145—148.) **32**, 347.

Szaplonczay, Gyula, Seltener und interessanter Fall von Gallenblasenperforation. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 173—174.) (Ungarisch.) **33**, 597.

Cholelithiasis.

Abramson, Louis, Diseases of the gall bladder, with special reference to gall stones and duodenal drainage. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 3, S. 138 bis 143.) **33**, 130.

Adlersberg, D., und E. Neubauer, Über therapeutische Verwendung der Dehydrocholsäure bei fieberhaften Erkrankungen der Gallenwege. (I. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 10, H. 1, S. 59—70.) **32**, 200.

Aldor, Ludwig v., Der Magenchemismus der Gallensteinkranken und die larvierten Formen der Gallensteinkrankheit. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. 35, H. 1/2, S. 10—33.) **32**, 780.

Biebl, M., Bericht über Gallenoperationen von 10 Jahren mit besonderer Berücksichtigung der Frühoperation und der T-Drainage. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 283—306.) **31**, 845.

Bircher, Eugen, Über Pseudocholelithiasis und deren Beziehung zu Bluterkrankungen (hämatogener Ikterus und Anaemia aplastica). (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 482—487.) 32, 421.
Brühl, R., Beitrag zur Frage der Entstehung und Entwicklung der Gallensteine. (Pathol. Inst., Univ. Rostock.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 74, H. 2/3, S. 294—315.) 35, 841.
Bunts, F. E., Certain points regarding the differential diagnosis and the surgical treatment of gall-bladder diseases. (Cleveland clin., Cleveland.) (Internat. clin. Bd. 4, Ser. 35, S. 35—43.) 34, 378.
Časownikov, P. G., Über die Indikationen zur chirurgischen Behandlung der Gallensteinkrankheit. (Chir. Fak.-Klin., med. Hochsch., Odessa, Prof. Pokotilo.) (Novij chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 511—522.) (Russisch.) 34, 853.
Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Leberechinokokkus Gallensteine vortäuschend. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 30, S. 985—989.) (Spanisch.) *
Catalina, A., Ein interessanter Gallensteinfall. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Jg. 12, Bd. 12, S. 93—96.) (Spanisch.) *
Charrier, J., Hydrocholécyste calculeux avec calculs pelviens. (Clin., Salpêtrière, Paris.) (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 44, S. 1169—1170.) *
Cignozzi, Oreste, Malaria e litiasi biliare. Deduzioni anatomo-clinico-statistiche. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 28, S. 652—655.) 32, 842.
Colmers, F., Beitrag zur chirurgischen Indikationsstellung bei der Gallensteinkrankheit. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 31, S. 1290—1291.) 32, 779.
Czukor, I., Gallenblasenkolik ohne Gallenstein. (XI. ungar. Chirurgentag. Budapest, Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) 31, 324.
D'Amato, H. J., Eitrige Steincholecystitis, eine Appendicitis vortäuschend. (Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. 9, Nr. 1, S. 300—306.) (Spanisch.) *
Duruy, Albert, Formes anatomo-cliniques des cholécystites calculeuses. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 55, S. 897—902 u. Nr. 57, S. 929—933.) 32, 780.
Endelman, B., Zur chirurgischen Behandlung der Cholelithiasis. (Klin. chir., univ., Warszawa.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 14—29.) (Polnisch.) *
Esau, Hämorrhagischer Wandinfarkt der chronischen Steingallenblase mit Blutungen in den Darm. (Kreiskrankenh. Oschersleben-Bode.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 3/4, S. 782—785.) 32, 47.
Evans, Thomas Carey, Stone in the bladder. (Practitioner Bd. 115, Nr. 3, S. 165—178.) *
Gehwolf, S., Ein Beitrag zur Cholecystitis mit Cholelithiasis beim Kinde. (Chir. Univ.-Klin., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 3, S. 99.) 31, 107.
Gimeno y Cabañas, D. Amalio, Über Gallensteinanfälle und ihre Behandlung. (Tribuna méd. española Bd. 2, Nr. 7/8, S. 31—61.) (Spanisch.) 31, 845.
Gosset, A., De la cholédocotomie pour lithiase. (Clin. chir., univ., Paris.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 31, S. 497—499.) 35, 709.
Gosset, A., B. Desplas et L. Bonnet, Les perforations de la vésicule biliaire lithiasique en péritoine libre. (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 3, S. 257—282.) 31, 845.
Graef, Wilhelm, Gallenblasenperforation in die freie Bauchhöhle infolge Steinzertrümmerung. (Diakonissenanst. Neuendettelsau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 19, S. 1024—1025.) 32, 202.
Haberland, H. F. O., Die Therapie der Gallenblasenerkrankungen. (Fortschr. der Therapie Jg. 1, H. 5, S. 132—134.) 32, 290.
Hairston, S. H., Treatment of obstructive jaundice. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 219—221.) 33, 596.
Hansen, Svend, Untersuchungen über das Alter der Gallensteine. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 39, S. 850—853.) (Dänisch.) 33, 346.
Hirtenstein, Leo, Über Frühoperation der Gallensteinkrankheit. (Therapia [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 137—138.) (Ungarisch.) 33, 596.
Hotz, Die Frühoperation der Gallensteine. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 2, S. 46.) 31, 108.
Johnson, William O., One hundred consecutive cholecystectomies. A bacteriological and histological study of gall bladder lesions together with a histological study of the associated appendices. (Cleveland clin., univ., Cleveland.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 2, S. 181—185.) 32, 781.
Jost, V., Zur Frage der Frühoperation bei Gallensteinleiden. (Hosp.-Chir.-Klin., Univ. Saratov, Dir. Prof. Spasokukotzkij.) (Kliničeskij žurnal Saratovskovo Universiteta Bd. 1, H. 2, S. 27—39. (Russisch.) 33, 131.
Juaristi und Arraiza, Lithiasis und Pankreas. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 166, S. 433—441.) (Spanisch.) 33, 917.

Judd, Edward Starr, and Verne G. Burden, Internal biliary fistula. (Div. of surg., Mayo clin., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 305—312.) **31**, 323.

Jurasz, A., Über die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis und ihre Ergebnisse. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 14—24 u. 32—35.) (Polnisch.) **34**, 458.

Kaiser, Fr. J., Die Spontanzertrümmerung und Selbstauflösung von Gallensteinen innerhalb der Gallenblase. (St. Marienhosp., Soest i. W.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1257—1259.) **32**, 348.

Körte, W., Wann soll man die Cholelithiasis operieren? (Med. germano-hispano-americ. Jg. 2, Nr. 11, S. 806—816.) (Spanisch.) *

Krassnoselski, M., Zur Frage der Gallensteinkrankheit. (Chir. Abt., Krankenh. z. Andenken an die Opfer d. Revolution, Leningrad.) (Festschr. z. 75jähr. Jubiläum d. Maximilian-Krankenh. in Leningrad S. 91—102.) (Russisch.) *

Kuhn, F., Die Verhütung und operationslose Behandlung des Gallensteinleidens. Gemeinverständliche Darstellung. 9. u. 10. verm. u. verb. Aufl. (Der Arzt als Erzieher. H. 10.) (München: Verl. d. Ärztl. Rundschau Otto Gmelin 1925. 105 S. RM. 3.60.) **34**, 173.

Kuttner, L., Schlußworte zur Umfrage: Die Frühoperation der Gallensteine. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 9, S. 316—318.) **31**, 560.

Lamas, Alfonso, Retroflexion einer Steingallenblase. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 6, S. 494—496.) (Spanisch.) *

Langen, C. D. de, Die chemische Zusammensetzung der indischen Gallensteine und ihre diagnostische Erkennung durch Röntgenstrahlen. (Geneesk. tijdschr. v. Nederlandsch Ind. Bd. 65, H. 1, S. 90—102.) (Holländisch.) **32**, 747.

Laquer, B., Über den praktischen Wert des Courvoisier-Symptoms für die differentiale Diagnose eines Steines beim Choledochusverschluß, auf Grund des Materials der Klinik in den Jahren 1903—1925. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, S. 127—137, Nr. 29.) (Russisch.) **34**, 853.

Lésniowski, A., Die Cholelithiasis vom chirurgischen Standpunkt. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 9—14 u. 32—35.) (Polnisch.) **35**, 178.

Leveuf, Jacques, et Dan Berceanu, Un procédé simple pour faire le diagnostic des calculs du cholédoque à symptômes frustes. (Clin. chir., prof. Delbet, Paris.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 6, S. 422—430.) **34**, 457.

Loessl, János, Gallenstein und Magenresektion. (Budapesti orvosi ujság Jg. 23, Nr. 28, S. 832—835.) (Ungarisch.) **33**, 67.

Loessl, Johann, Gallensteine und Magensekretion. (Chir. Klin., Univ. Debreczen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 3/6, S. 325—329.) **37**, 443.

Lupu, N. Gh., Die Behandlung der Gallensteine. (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 5, S. 478—481.) (Rumänisch.) *

McGuire, Stuart, Cholecystitis with and without gallstones. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 6, S. 211—215.) **32**, 779.

Matsuo, Iwao, The clinical value of nonsurgical drainage as a treatment for gallstone disease. (Acta scholae med., Kioto Bd. 7, H. 4, S. 597—604.) **34**, 378.

Mayo, Charles H., Gall-stones and diseases of the gall-bladder. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 955—960.) **32**, 299.

Miller, C. Jeff, Some practical observations on gall-bladder disease. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 228—232.) **34**, 324.

Molnár, Béla, Von dem Zusammenhange zwischen Gallensteinkrankheit und Funktion der Genitalorgane. (Orvosképzés Jg. 15, Sonderh., S. 159—162.) (Ungarisch.) *

Morochnowskij, N., Zur Frage der Gallenbronchialfisteln. (Ssemaško-Krankenh., Pensa, Dir. Dr. N. Morochnowskij.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 17, S. 429—434.) (Russisch.) **33**, 753.

Moynihan, Berkeley, An address on some aspects of cholelithiasis. (Brit. med. journ. Nr. 3348, S. 393—398.) **31**, 936.

Niles, George M., Passage of a large gallstone by the rectum. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 10, S. 748.) *

Nogueras, „Stumme" Cholelithiasis. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Jg. 12, Bd. 12, S. 554—560.) (Spanisch.) *

Oehlecker, Die Frühoperation der Gallensteine. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 3, S. 86 bis 87.) **31**, 323.

Ogilvie, W. H., Some notes on the surgical aspects of gall-stone disease. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 1, S. 78—97.) **31**, 397.

Ohly, Adolf, Seltene Perforation eines Gallensteins mit Durchbruch durch die Bauchdecken in der Nabelgrube und nachfolgender Pankreasfistel. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 38, S. 1598—1600.) **33**, 132.

Paviot, J., Coliques hépatiques par lithiase et crises de foie non lithiasiques. (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 133, S. 389—399.) *

Poenaru-Caplesco, Constantin, La cholécystite et la cholélithiase sont souvent d'origine appendiculaire. (Spitalul Jg. 45, Nr. 5, S. 180—188.) *

Pototschnig, Giorgio, Contributo alla chirurgia della litiasi biliare con particolare riguardo alla calcolosi del coledoco. (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 533 bis 560.) 84, 324.

Quervain, de, Die Frühoperation der Gallensteine. Nachtrag. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 13, S. 464—465.) 82, 202.

Ribas Ribas, E., Chirurgische Behandlung der Cholelithiasis. (Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3710, S. 58—63 u. Nr. 3711, S. 86—91.) (Spanisch.) 82, 299.

Romanzew, N. I., Über den Ort der Bildung des primären Pigmentkeimes der Gallensteine und über intrahepatische Steine. (Chir. Klin., Prof. Fedoroff, Leningrad.) (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 131—138.) (Russisch.) 88, 130.

Rubašov, G., Appendicitis, Cholecystitis, Cholelithiasis. (Chir. Univ.-Klin., Minsk.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 354—365.) (Russisch.) 86, 275.

Schloffer und Thorkild Rovsing, Die Frühoperation der Gallensteine. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 1, S. 17.) 81, 108.

Schnitzler, Julius, Über die chirurgische Behandlung der Cholelithiasis. (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 8, S. 462—470, Nr. 11, S. 649—654 u. Nr. 12, S. 700 bis 708.) 82, 420.

Schulhof, Imre, Eine neuere Theorie der Ätiologie der Gallensteine. (Budapesti orvosi ujság Jg. 23, Nr. 12, S. 343—344.) (Ungarisch.) 81, 844.

Seulberger, Paul, Nachuntersuchungen der in der Göttinger Klinik operierten Gallensteinkranken aus den Jahren 1912—1920. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, S. 1—34.) 81, 764.

Söderlund, Gustaf, A case of stone in the bile tracts, with cystic dilatation and diverticulum of the common bile duct. (Surg. dep., Maria Hosp., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 3, S. 253—270.) 82, 473.

Tanner, W. E., Gall-stones, an account of the cases at Guy's hospital from 1895 to 1915. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 2, S. 170—196.) 82, 472.

Tobías, José W., Austreibung von Gallensteinen in den Darm durch Magnesiumsulfat. (Clín. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 7, S. 365—371.) (Spanisch.) *

Truesdale, P., Obstruction of the common duct among 1000 operations upon the gall bladder and bile ducts. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 21, S. 968 bis 971.) 84, 173.

Vaniev, J., 56 Fälle von Gallensteinoperationen. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes, Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 308—310.) (Russisch.) *

Vecchi, Arnaldo, Contributo alla chirurgia della colelitiasi. (Sez. chir., osp. civ., Faenza.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 372—386.) 83, 131.

Vilardell, Jacinto, Ungewöhnliche Gallensteinkoliken. (Hosp. de la Santa Cruz, Barcelona.) (Rev. méd. de Barcelona Bd. 3, Nr. 18, S. 512—519.) (Spanisch.) 82,781.

Wakeley, Cecil P. G., A case of gall-stones with a gumma of the liver mistaken for malignant disease of the gall-bladder. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 609 bis 610.) *

Wišnewskij, A. W., Zur Chirurgie der Gallensteinkrankheit. (Chir. Univ.-Klin., Kasan, Prof. Wischnewskij.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 19, S. 450.) (Russisch.) 85, 48.

Zawadzki, A., Zur operativen Behandlung der Cholelithiasis. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 30—35.) (Polnisch.) 85, 178.

Zlotver, E., Zur Mikrochemie der Gallensteine. Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 310—316.) (Russisch.) 87, 129.

Die nicht durch Steine bedingten Entzündungen der Gallenwege und der Leber.

Adlersberg, D., und E. Neubauer, Über die therapeutische Verwendung der Dehydrocholsäure bei fieberhaften Erkrankungen der Gallenwege. (I. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 10, H. 1, S. 59—70.) 82, 200.

Bircher, Eugen, Über Pseudocholelithiasis und deren Beziehung zu Bluterkrankungen (hämatogener Ikterus und Anaemia aplastica). (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 482—487.) 82, 421.

Büdinger, Konrad, Stauungsgallenblase, mechanische Cholecystitis, Umkippen der Gallenblase, Ligamentum cysto-colicum. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 117—137.) **32**, 201.
Cignozzi, Oreste, Le stenosi duodeno-piloriche estrinseche di origine colecistica. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 36, S. 844—848.) **33**, 667.
Coryn, G., Un cas d'hémorragie grave de l'estomac due à une cholécystite. (Scalpel Jg. 8, Nr. 15, S. 341—343.) **31**, 876.
Czukor, I., Gallenblasenkolik ohne Gallenstein. (XI. ungar. Chirurgentag. Budapest. Sitzg. v. 11.—13. IX. 1924.) **31**, 324.
Deaver, John B., The surgery of jaundice. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 287 bis 298.) **31**, 325.
Elgart, J., L'endectomie des cholécystites. L'ablation de la muqueuse. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 51, S. 865.) **32**, 471.
Fabris, Ugo, Contributo allo studio della colecistite poliposa. (Istit. di patol. spec. chir. e clin. propedeut. chir., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. 17, S. 271—273.) **33**, 597.
Fabritius, Walter, Spontanperforation bei Cholecystitis sine concremento. (Privatklin. Dr. Flechtenmacher jr., Kronstadt.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 47, S. 2580—2581.) **33**, 913.
Flörcken, H., Über akute Entzündung der Gallenblase nach Magenresektionen. (St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 527—529.) **33**, 671.
Garvin, John D., The Fouchet test in cholecystitis. (Mayo found., Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 492—493.) **32**, 201.
Golubeva, N. W., Cholecystitis cystica. (Chir. Klin., Univ. Rostow am Don, Prof. Napalkoff.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 601.) **35**, 71.
Grekov, I. P., Zur Frage der Cholecystitis bei Kindern. (Chir. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorov, Moskau.) (Russkaja klinika Nr. 18, S. 578—599.) (Russisch.) **35**, 707.
Haberland, H. F. O., Die Therapie der Gallenblasenerkrankungen. (Chir. Klin., Augusta-Hosp., Univ. Köln.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 5, S. 132—134.) **32**, 290.
Haines, W. D., The surgical aspect and management of cholecystitis. (Cincinnati journ. of med. **6**, S. 326.) *
Hegler, C., Tumorartige Cholecystitis und Cholangitis tuberculosa. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **254**, H. 2, S. 272—276.) **31**, 397.
Koster, Harry, Cholecystitis during pregnancy. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 10, S. 587—589.) *
La Torre, Michele, Le affezioni del colon prossimale nelle colecistiti. (Istit. di clin. med., univ., Sassari.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 12, S. 622—632.) **34**, 726.
Löwenthal, Adolf, Zur Cholecystitis paratyphosa. (Krankenh. d. israel. Gem., Frankfurt a. M.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 30, S. 1234.) *
McClure, C. W., Diagnosis of peptic ulcer and cholecystitis. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 6, S. 1753—1763.) *
McGuire, Stuart, Cholecystitis with and without gallstones. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 6, S. 211—215.) **32**, 779.
Miller, C. Jeff, Some practical observations on gall-bladder disease. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 4, S. 228—232.) **34**, 324.
Palmer, D. W., Some observations on cholecystitis. (Cincinnati med. journ. **6**, S. 59.) **33**, 672.
Paviot, J., Coliques hépatiques par lithiase et crises de foie non lithiasiques. (Journ. de méd. de Lyon Jg. **6**, Nr. 133, S. 389—399.) *
Poenaru-Caplesco, Constantin, La cholécystite et la cholélithiase sont souvent d'origine appendiculaire. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 5, S. 180—188.) *
Pomeroy, Lawrence A., and James K. Shen, Acute typhoid cholecystitis forty-one years after original infection. (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. 6, S. 881—883.) *
Ramond, Félix, Alexandre Borcesco et Charles Jacquelin, Eléments fournis au diagnostic des cholécystites par le tubage duodénal et l'examen clinique des biles A. B. C. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. **15**, Nr. 8, S. 778 bis 789.) **34**, 377.
Reimann, Stanley P., Jaundice. Its pathological physiology. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 299—304.) **31**, 325.
Rufanoff, I. G., Pankreatitis im Zusammenhang mit Cholecystitis. (Experimentelle Untersuchungen.) (Chir. Klin., Prof. Martynoff, Univ. Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 624.) (Russisch.) **35**, 177.

Snyder, Crayton C., Cholecystitis and cholelithiasis in young children. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 1, S. 31—33.) **33**, 396.
Takats, G. de, Latent jaundice as a symptom of biliary colic. (I. surg. univ. clin., Budapest.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 108—110.) **31**, 325.
Tessényi, B., Zwei geheilte Fälle von Gallenblasenperforation in die freie Bauchhöhle, diffuse Bauchfellentzündung. (XI. ungar. Chirurgentag., Budapest, Sitzg. v. 11. bis 13. IX. 1924.) **31**, 326.
Weber, Beitrag zur akuten Cholecystitis mit Pankreasfettgewebsnekrose. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 94 bis 100.) **32**, 378.
Zamboni, Giovanni, Sintomo non comune di pericolecistite e suo trattamento chirurgico. (Pesaro: Tip. G. Frederici 1925. 13 S.) *

Leberabsceß.

Abelheim, A. C., A case of a liver abscess cured by injections emetine. (Med. journ. of South Africa Bd. **21**, Nr. 4, S. 102—104.) *
Amato, H. J. d', und J. Ortuño González, Seltene Form eines Amöbenleberabscesses. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 3, S. 117—122; Anales del inst. modelo de clin. méd. Bd. **9**, Nr. 1, S. 279—290.) (Spanisch.) **32**, 149. **34**, 323.
Arland, J. P., Observations on a fatal case of liver abscess. (Air Force combined hosp., Busrah.) (Indian med.-gaz. Bd. **60**, Nr. 11, S. 531—532.) *
Cignozzi, Oreste, Traitement des abcès du foie. Observations de technique opératoire. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 5, S. 597—619.) **33**, 598.
Ciotola, Alberto, Diagnosi e cura dell'ascesso epatico amebico. (Osp. milit. princip., Roma.) (Giorn. di med. milit. Jg. **73**, H. 4, S. 195—200.) *
Fabris, Ugo, Ascesso del fegato da distoma epatico. Studio clinico e anatomo-patologico. (Istit. di patol. spec. chir. e clin. chir. propedeut., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. 14, S. 221—226.) **33**, 221.
Iriart, Martín, Nach Roger behandelter Leberabsceß. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. **6**, Nr. 1, S. 20—23.) (Spanisch.) *
Korčitz, E., Zur Differentialdiagnostik des subdiaphragmalen Abscesses und eines Abscesses der Leber. (Krankenhaus., Ssamarkand.) (Turkestanskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Bd. **4**, Nr. 8, S. 465—475.) (Russisch.) **35**, 405.
Korčitz, E. W., Zur Differentialdiagnose zwischen Abscessus subdiaphragmatis und Abscessus hepatis. (Verhandl. d. ärztl. Ges. in Taschkent 1925.) (Russisch.) **35**, 519.
McGlannan, Alexius, Amebic abscess of the liver. Report of a case complicated by subphrenic abscess. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 26, S. 1976 bis 1979.) *
Mastrangeli, Domenico, Su di un caso di scarlattina complicato da ascesso epatico. (Osp. civ., Tivoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 19, S. 449—450.) *
Milada, Zimová, Amoebenabsceß der Leber. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 19/20, S. 687—775.) *
Navarro, J. C., u. E. Beretervide, Leberabsceß bei einem 12jährigen Kinde. (Heilung.) (Arch. latino-americ. de pediatria Bd. **19**, Nr. 10, S. 1127—1132.) (Spanisch.) *
Navarro, Juan Carlos, Leberabsceß mit Appendicitis. (Rev. de la soc. argentinas de nipiol. y pediatría Jg. **1**, Nr. 4, S. 153—157.) (Spanisch.) *
Papin, Felix, La chirurgie actuelle de l'abcès amibien du foie. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 20, S. 445—450.) **32**, 202.
Prat, Domingo, Behandlung des Amöbenleberabscesses. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 8, S. 673—721.) (Spanisch.) **34**, 590.
Ricci, Angelo, Contributo anatomo-patologico all'amebiasi intestinale ed epatica, curata con l'emetina. (VI. padiglione, policlin. Umberto I, Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 12, S. 414—420.) *
Vilhajm, Fischbein als Ursache eines Leberabscesses. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 8, S. 428—430.) (Serbo-kroatisch.) **34**, 324.
Wilheim, Emmerich, Ein durch Fischgräte verursachter Leberabsceß. (Chir. Abt., jüd. Spit., Subotica, S. H. S.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 27, S. 1464—1466.) **32**, 620.
Wilheim, Imre, Leberabscesse durch eine Fischgräte. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 181—182.) (Ungarisch.) *

Lebertuberkulose, Syphilis, Aktinomykose.

Cukor, István, Zur primären Leberaktinomycose. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 119—122.) (Ungarisch.) **33**, 68.

Leberechinokokkus, Ascaridiasis.

Cantelli, Oreste, Di una possibile confusione fra echinococco epatico e cistifellea comunque ammalata. (Rif. med. Jg. 41, Nr. 32, S. 750—753.) **33**, 68.

Castex, Mariano R., und Julio César Galán, Die Giardiasis der Gallenwege. (Arch. argentinos de enfermedades d. aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 1, S. 30 bis 77.) (Spanisch.) **35**, 47.

Castex, Mariano R., Nicolas Romano et Juan José Beretervide, Hydatidose du foie à forme pseudo-lithiasique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 3, S. 201—207.) **31**, 890.

Castex, Mariano R., Nicolás Romano und Juan José Beretervide, Leberechinokokkus, Gallensteine vortäuschend. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 30, S. 985—989.) (Spanisch.) *

Ciculescu, Maria, und P. Copaceanu, Vereiterte Echinokokkocyste der Leber. (I. med. clin., univ. Bucarest.) (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 1, S. 42—46.) (Rumänisch.) *

Cieza Rodríguez, Manuel, Primäre Pyopneumocyste der Leber. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 40, S. 824—827.) (Spanisch.) **34**, 379.

Cignozzi, Oreste, L'echinococco del lobulo dello Spigelio occludente le grosse vie biliari. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 1, S. 11—52.) **31**, 763.

Cignozzi, Oreste, Istogenesi, evoluzione ed esiti dell'echinococco epatico in rapporto alla terapia chirurgica. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Sperimentale Jg. 79, H. 5, S. 669—739.) **33**, 753.

Constantini, H., La thoraco-phréno-laparotomie sans pneumothorax dans le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie à localisation supéro-postérieure. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 66, S. 1107—1108.) **33**, 220.

Desoil, P., Considérations sur l'échinococcose alvéolaire du foie en France à propos d'un cas nouveau observé dans le Pas-de-Calais. (Laborat. de zool. méd., fac. de méd., Lille.) (Ann. de parasitol. Bd. 3, Nr. 2, S. 151—170.) **32**, 48.

Dévé, F., Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (Journ. de chir. Bd. 26, Nr. 6, S. 593—605.) **34**, 459.

Erb, Karl H., Zur operativen Behandlung von Spulwurmherden der Leber. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 316—328.) **32**, 527.

Escudero, Pedro, und José W. Tobías, Zwei Beobachtungen von primärer Pyopneumocyste der Leber. (Clin. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 6, Nr. 3, S. 217—227.) (Spanisch.) **37**, 279.

Ferrannini, Andrea, La localizazione dell'echinococco nel nubolo epatico dello Spigelio. (Rif. med. Jg. 41, Nr. 3, S. 58—59.) *

Finzi, O., Contributo al trattamento delle cisti di echinococco aperte nelle vie biliari. (Osp. civ., Chioggia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 412—428.) **36**, 527.

García Lagos, H., Über in die Gallenwege durchgebrochene Leberechinokokken. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 5, S. 395—408.) (Spanisch.) **33**, 914.

Marjantschik, L. P., Zur Chirurgie der Leberechinokokken. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverl. d. Ukraine, S. 155—170.) (Russisch.) *

Michalkin, P., Ein Fall von mehrkammerigem oder alveolärem Leberechinokokkus. Radikaloperation. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 654—659.) (Russisch.) *

Nario, Clivio V., Variationen der Thorakolaparotomie. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 1, S. 19—35.) (Spanisch.) **33**, 899.

Posselt, Adolf, Über Klinik und Pathologie des Alveolarechinokokkus der Leber, seine geographische Verbreitung, insbesondere sein Vorkommen in den Alpenländern, speziell Tirol. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 26, S. 593—605.) **33**, 670.

Prat, Domingo, und Carlos Piqueréz, Durchbruch von Leberechinokokken in die Gallenwege. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 3, S. 204—290.) (Spanisch.) **33**, 753.

Ramond, Louis, Le kystes hydatiques du foie. (Diagnostic et traitement.) (Hôp. Laënnec, Paris.) (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 49, S. 1827—1842.) *

Rodriguez Villegas, R., Leberechinokokkus mit Durchbruch in die Gallenwege. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 19, S. 995—1002.) (Spanisch.) **32**, 620.

Sendulskij, J., Leberechinokokken. (Chir. Klin., Univ. Rostov a. D., Direktor Prof. N. Napalkov.) (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 70—75.) (Russisch.) **36**, 276.

Sergejev, D. P., Ein Fall vom Leberechinokokkus. (Stadtkrankenh., Eletz.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 2, Nr. 34, S. 268—269.) (Russisch.) *

Tobiczyk, Władysław, Ein Fall des Eindringens des Ascaris lumbricoides in die Pfortader und Milzvene. (Inst. f. pathol. Anat., Univ. Lemberg.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Nr. 1, S. 6—8.) **32**, 149.

Trías Pujol, A., Der Ikterus beim Leberechinokokkus und seine Ursachen. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 20, S. 171—189.) (Spanisch.) **33**, 347.
Urrutia, L., Diagnose und Behandlung der Leberechinokokken. (Progr. de la clin. Bd. **32**, Nr. 164, S. 145—161.) (Spanisch.) **34**, 174.
Wakulenko, M. W., Zur Frage über die Entfernung des ganzen linken Leberlappens bei Alveolarechinokokkus und zur Kasuistik der Operationen bei unilokularem Echinokokkus. (Gouvernementskrankenh., Ufa.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. **21**, Nr. 10, S. 1049—1054.) (Russisch.) **35**, 48.
Zlotver, E., Der Durchbruch der Echinokokkencysten in die Gallenwege. (Chir. Klin., Univ. Rostov a. D., Direktor Prof. N. Napalkov.) (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 75—84.) (Russisch.) **36**, 277.

Geschwülste der Leber und Gallengänge (nichtparasitäre Cysten und Aneurysmen eingeschlossen).

Abramowa, A. N., Zur Lehre vom Carcinom der Papilla Vateri. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 112—119.) (Russisch.) **33**, 132.
Alexander, Charles R., Further note on a case of adenoma of the bile ducts. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 6, S. 301—304.) **32**, 301.
Alexander, Charles R., Solitary nonparasitic cysts of the liver. With the report of a case. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 2, S. 61—68.) *
Arrigoni, Carlo, Nota sopra un caso di carcinoma primitivo del fegato. (Rip. chir. gen., osp. civ., Mantova.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 25, S. 873—876.) **32**, 420.
Awoki, Tatsuo, Über einen Hornkrebs der Gallenblase. (Krankenh. Wieden u. Laborat. d. österr. Ges. z. Erforsch. u. Bekämpf. d. Krebskrankh., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **258**, H. 1/2, S. 276—286.) *
Bertoloni, Enrico, I tumori delle vie biliari extraepatiche: Contributo clinico-operativo ed anatomo-patologico. (Clin. chir. gen., univ., Milano.) (Milano: Coop. graf. degli operai 1925. 344 S. u. 24 Taf.) *
Blahd, M. E., A plea for early operation in diseases of the gallbladder. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 17—19.) *
Ceccarelli, Galeno, Contributo anatomo-patologico e clinico alla conoscenza dei tumori peduncolati del fegato. (Istit. di patol. spec. chir. dimostr., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 1, S. 79—103.) **31**, 561.
Charrier, J., Hydrocholécyste calculeux avec calculs pelviens. (Clin., Salpêtrière, Paris.) (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 44, S. 1169—1170.) *
Chiasserini, Angelo, Intervento chirurgico per epitelioma primitivo della cistifellea con invasione del lobo di Riedel. (Osp., policlin. Umberto I, Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 1, S. 49—58.) **31**, 397.
Chochol, Helene, Das Lebersarkom im frühen Kindesalter. (Univ. Kinderklin. Smolensk. Prof. Zurkowskij.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 22, S. 546—547.) (Russisch.) *
Christeller, Erwin, und Paul Oppenheimer, Über ein ektopisches Chorionepitheliom der Leber. (Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Virchows Arch. f. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **257**, H. 3, S. 691—708.) *
Einhorn, Max, und De Witt Stetten, Über Carcinom der Vaterschen Papille. (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **34**, H. 5/6, S. 275—288.) **32**, 528.
Haim, Leberresektion bei bösartigen Geschwülsten. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 43, S. 1550—1551.) (Tschechisch.) **33**, 754.
Hegler, C., Tumorartige Cholecystitis und Cholangitis tuberculosa. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **254**, H. 2, S. 272—276.) **31**, 397.
Hellner, Hans, Das Carcinom des Ductus cysticus. (Elisabeth-Krankenh., Berlin.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 554—560.) **33**, 597.
Holmes, H. I., Clinical notes on a case of polycystic disease of the kidneys and liver. (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 7, S. 164—165.) *
Joffe, W. A., Das Carcinom der Papilla Vateri. (Med. Fak.-Klin., Univ. Smolensk, Dir. Prof. K.W. Punin.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 17, S. 435—445.) (Russisch.) **33**, 674.
Kritsch, N., Eine Mischgeschwulst der Gallenblase. (Moskowski medicinsky žurnal Jg. **5**, Nr. 2, S. 9—12.) (Russisch.) **32**, 528.
Lauda, E., Über einen Fall klinisch diagnostizierter multipler, von verschiedenartigem Muttergewebe ausgehender Primärcarcinome des Verdauungstraktes. (II. med. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 33, S. 1890—1894.) **33**, 132.
Limberg, B., Zur Frage über nichtparasitäre Pankreas-, Leber- u. Nierencysten. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 660—671.) (Russisch.) *

Luger, A., Zur Symptomatologie des Gallenblasencarcinoms. (II. med. Univ.-Klin., Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 48, S. 1801—1802.) **34**, 730.

McCullagh, W. Mc. K. H., Two specimens clinically simulating ovarian cysts: Carcinoma of the gall-bladder; enlargement of the spleen. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 8, sect. of obstetr. a. gynaecol., 8. I. 1925, S. 47—48.) **32**, 623.

Mamikonoff, M. I., Zur Frage des primären Gallenblasencarcinoms. (Exstirpation der Gallenblase mit dem ganzen Dickdarm.) (Chir. Klin., Univ. Baku.) (Verhandl. d. chir. Konferenz d. Univ. Baku 29. I. 1924.) (Russisch.) **35**, 180.

Merklen, Pr., et A. Froelich, Cancer de l'extrémité supérieure du cholédoque. (Clin. méd. A, fac. de méd., Strasbourg.) (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 5, S. 160—162.) *

Mosto, Domingo, Primäres Choledochuscarcinom. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 41, S. 923—926.) (Spanisch.) *

Pamperl, Robert, Zur Behandlung der idiopathischen Choledochuscyste. (Chir. Klin., dtsch. Univ. Prag.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 43, S. 1608—1610.) **33**, 752.

Pauchet, Victor, Chirurgia delle vie biliari. (Osp. S. Michele, Parigi.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 14, S. 313—314.) *

Pólya, E., Gallencyste nach „idealer" Cholecystektomie. (III. chir. Abt., St. Stephansspit., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 42, S. 2341—2344.) **33**, 597.

Protopopow, S., Nichtparasitäre Lebercyste. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 672 bis 677.) (Russisch.) *

Rouillard, J., Peut-on provoquer expérimentalement des cancers de la vésicule biliaire? (Presse méd. Jg. 33, Nr. 60, S. 1014—1015.) *

Schmidt, Helmut, Zur Differentialdiagnose der Lebergeschwülste im Kindesalter. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134. H. 2, S. 235—243.) **33**, 69.

Sherrill, Garland, Carcinoma of gallbladder: A case report. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 12, S. 310—311.) *

Springer, Ernest, New growths involving the terminal bile and pancreatic ducts. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 21, S. 997—1000.) **32**, 420.

Tóthfalussy, Imre, Über idiopathische Choledochuscysten. (II. chir. Univ.-Klin., Budapest.) (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 33, S. 784—788.) (Ungarisch.) **33**, 396.

Uffreduzzi, Ottorino, Le possibilità della chirurgia nella cura dei carcinomi delle vie biliari e del fegato. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 57—58.) *

Vaniev, J., Drei Fälle partialer Leberresektion. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 306—308.) (Russisch.) **37**, 126.

Vergoz et Cortes, Kyste suppuré du foie, opération à l'anesthésie locale, autre kyste volumineux et suppuré ouvert spontanément dans le thorax avec inondation pleurale et mort rapide. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 95, Nr. 1/5, S. 69—73.) *

Wakeley, Cecil P. G., A large cavernous haemangioma of the left lobe of the liver causing obstruction to the cardiac orifice of the stomach. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 590—593.) **31**, 109.

Walthard, Bernhard, Über diffuse Fibromatose der Gallenblase. (Pathol.-anat. Inst., Zürich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 7, S. 341—344.) **31**, 561.

Wolfensohn, M. V., Zur Frage über Leberkavernome. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorow, Leningrad.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4. Nr. 32, S. 527—532.) (Russisch.) **35**, 581.

Wyllie, W. G., Congenital cyst of the common bile-duct. (Hosp. f. sick children, London.) (Lancet Bd. 208, Nr. 26, S. 1342.) **32**, 471.

Allgemeines über Chirurgie der Leber und Gallengänge.

Adám, L., Die Aushilfsoperationen der Gallenwege. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 38.

Baggio, G., Contributo al problema tecnico della colecistectomia. (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 9, S. 421—427.) **33**, 347.

Berendes, Joachim, Zur Gallenfisteloperation. (Johanniterkrankenh. Reichenbach, Schles.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 25, S. 1354—1355.) **32**, 422.

Berger, Jean, Les indications de la cholécystostomie: Opération d'urgence, de prévoyance ou de nécessité. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 70, S. 1174—1176.) **33**, 67.

Bokastowa, O. S., Dauerresultate nach Operationen an den Gallenwegen. (Chir. Klin., Prof. Martynoff, Univ. Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 623.) (Russisch.) **35**, 180.

Bologna, Mario, Ricerche sperimentali sulla torsione della cistifellea. (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 9, S. 900—922.) **35**, 49.
Braeunig, Karl, Beitrag zur Behandlung der Gallenfistel. (Städt. Krankenh., Worms.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 283—297.) **32**, 622.
Brüning, A., Schmerzrückfälle nach Operationen an der Gallenblase. (Med. germano-hispano-americ. Jg. **2**, Nr. 9, S. 678—683.) (Spanisch.) *
Büdinger, Konrad, Über Blutungen nach Gallenoperationen und bei Erkrankungen der Gallenwege. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 199—219.) **34**, 173.
Bussa Lay, Enrico, La colecisti-uretero-neostomia (trapianto dell'uretere destro nella vescichetta biliare, per la trasformazione di questa in vescica orinaria.) (Osp. coloniale, Asmara.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 4, S. 333—359.) **33**, 611.
Caravani, Luigi, Chirurgia delle vie biliari. (Roma: R. Garroni 1925. 380 S.) *
Časownikow, P. G., Zur Frage über die Hepato cholangio-gastro-aut entrostomia. (Chir. Fak.-Klin., med. Hochsch., Odessa, Prof. Pokotilo.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 522—533.) (Russisch.) **34**, 855.
Chrapek, E., Operierter Fall von nach Gallenblasenentfernung entstandener Gallengangfistel. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Coffey, R. C., Surgery of the gall tracts. (Northwest med. **24**, S. 326 u. 479.) **34**, 104. **35**, 48.
Constantini, H., La thoraco-phréno-laparotomie sans pneumothorax dans le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie à localisation supéro-postérieure. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 66, S. 1107—1108.) **33**, 220.
Deaver, John B., Cholecystectomy: External and internal cholecystectomy. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 761—766.) **32**, 149.
Disertinskaja, E., Die Verdauungskraft des Magensaftes nach Cholecystgastrostomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23. bis 26. IX. 1925, S. 281—287.) (Russisch.) **37**, 119.
Duchinova, S. I., Über temporäre Abklemmung des Lig. hepato-duodenale für blutlose Operationen an der Leber. (Physiol. Inst., med. Hochsch., Prof. Orbeli, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 34—57.) (Russisch.) **35**, 581.
Duval, Pierre, et André Richard, Le drainage duodénal transvatérien par tube perdu dans la cholédocotomie. (Clin. thérapeut. chir., fac. de méd., Paris.) (Journ. de chir. Bd. **26**, Nr. 2, S. 129—142.) **33**, 347.
Elgart, J., L'endectomie des cholécystites. L'ablation de la muqueuse. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 51, S. 865.) **32**, 471.
Fasano, Mario, Resezione epatica e colecistectomia. (Osp. civ., Asti.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 3, S. 301—304.) **34**, 38.
Feist, Georg H., Zur Gallengangsplastik mittels versenktem Drain. (Dtsch. chir. Klin., Univ. Prag.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 360—369.) **34**, 325.
Finkelstein, B., Zur Frage der Indikationen zum operativen Eingriff bei Erkrankungen der Gallenwege. (Žurnal teoretičeskoj in praktičeskoj mediciny Bd. **1**, H. 3/4, S. 383—392.) (Russisch.) *
Finkelstein, B. K., Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege. (Chir. Univ.-Klin., Baku.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 2, Nr. 30, S. 211—245.) (Russisch.) **35**, 909.
Forni, G., Sulla chirurgia delle vie biliari. Osservazioni cliniche ed anatomopatologiche. (Istit. di clin. chir., univ., Bologna.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 387 bis 411.) **34**, 727.
Fowler, Russell S., Gall-bladder disease: „Ostomy" and „ectomy". (Wyckoff Heights hosp., Brooklyn, New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 7, S. 163 bis 164.) **32**, 622.
Frenkel, A., Der Einfluß der Cholecystogastrostomie auf den Magenchemismus beim Magen- und Duodenalulcus. (Chir. Univ.-Klin., Rostow). (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 27, S. 1459—1463.) **32**, 622.
Gall-bladder, Is removal of the — or drainage the operation of choice? Why? (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 9, S. 1126—1128.) **33**, 596.
Guthrie, Donald, Indications for cholecystostomy and cholecystenterostomy. (Atlantic med. journ. Bd. **29**, Nr. 3, S. 139—140.) *
Gutierrez, Alberto, L'anesthésie locale dans la chirurgie des voies biliaires. (Clin. chir. Gutierrez, Buenos Aires.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 11, S. 937 bis 945.) **35**, 212.
Haggard, William D., Some debatable points in the surgery of the gall tract. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 92—96.) **32**, 525.
Holman, Emile, Certain considerations in the technique of gall-bladder surgery. (Dep. of surg., Western reserve med. school, Cleveland.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 6, S. 778—782.) **34**, 38.

Hosemann, G., Zur Chirurgie der Gallenwege. (Diakonissenh., Freiburg i. Br.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 167—190.) **32**, 621.

Jedlička, R., Resektion der Gallenwege und Rekonstruktion. Vorzug der Choledochusprothese. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 19/20, S. 753—741, Nr. 21, S. 816—820, Nr. 22, S. 853—856, Nr. 23, S. 893—897, Nr. 24, S. 927—929, Nr. 25, S. 964—967, Nr. 26, S. 1003—1007, Nr. 27, S. 1035—1039, Nr. 31, S. 1146—1150, Nr. 34, S. 1233—1237, Nr. 35, S. 1272—1276 u. Nr. 36, S. 1306—1310.) (Tschechisch.) **37**, 614.

Jennings, Frank D., Post-operative complications of surgery of the gall-bladder and appendix and their surgical management. (Long Island med. journ. Bd. **19**, Nr. 2, S. 50—55.) **32**, 526.

Kusnezki, D. P., Zur Technik der idealen Cholecystektomie. (Chir. Klin., Univ., Perm, Dir. Prof. Kusnezki.) (Vračebnaja gaseta Nr. **8**, S. 66—67.) (Russisch.) **33**, 396.

Kusnezki, D. P., Über den vollständigen Verschluß der Bauchhöhle nach Cholecystektomie. (Chir. Univ.-Klin., Ekaterinenburg.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 608.) (Russisch.) **35**, 179.

Litchfield, Lawrence, A condiseration of the end results of biliary surgery as seen by the general practitioner. (Atlantic med. journ. Bd. **29**, Nr. 3, S. 415—417.) **34**, 39.

Ljubomudroff, S. N., Zur anatomischen Begründung der Kontraindikationen zur tamponlosen Nachbehandlung von Cholecystektomien. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 611. (Russisch.) **35**, 178.

Lobingier, Andrew Stewart, Surgical drainage in infection of the liver, bile ducts and gallbladder. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 2, S. 85—86.) **32**, 620.

Manuilow, A. I., Der Einfluß der Galle auf die Funktion der Magendrüsen beim Hunde nach Cholecystogastrostomie. (Physiol. Inst. u. med. Hochsch., Omsk, Vorstand Prof. M. P. Kalmykow.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. **21**, Nr. 10, S. 1029 bis 1040.) (Russisch.) **35**, 48.

Marinelli, Filippo, Colecisti-gastrostomia e colecisti-enterostomia sperimentali. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 343—371.) **33**, 132.

Mason, Robert L., A liver pack following cholecystectomy for acute cholecystitis. (Lahey clin., Boston). (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 6, S. 839—840.) **34**, 38.

Mathews, Frank S., Surgery of the gall-bladder and ducts. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 961—971.) **32**, 300.

Meyer-May, J., Résultats de la cholédocotomie. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 44, S. 1172 bis 1174.) **34**, 855.

Moots, Charles W., Drainage of the gallbladder. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 19, S. 1487.) **33**, 913.

Nissen, Rudolf, Behelfsmaßnahme bei chronischen Gallenfisteln. (Chir. Klin., Univ. München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 3/4, S. 317—320.) **32**, 842.

Pauchet, Viktor, Schwierige Fälle von Cholecystektomie. Indikationen der partiellen Cholecystektomie. (Hôp. St. Michel, Paris.) (Rev. méd. de Barcelona Jg. **2**, Nr. 15, S. 259—262.) (Spanisch.) *

Payr, E., Freilegung des Ductus choledochus bei Rezidivoperationen nach Cholecystektomie. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 36, S. 1986 bis 1990.) **33**, 67.

Petit-Dutaillis, D., Les séquelles de la cholécystectomie. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 44, S. 1170—1172.) **33**, 914.

Prichodjko, G., Über den primären Verschluß der Bauchhöhle nach der Cholecystektomie. (Propädeut.-chir. Klin., I. Univ., Moskau. Dir. Prof. P. Herzen.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 17, S. 446—456.) (Russisch.) **33**, 673.

Rubaschev, S., Über die Frühoperation bei Erkrankung der Gallenwege. (Chir. Fak.-Klin., weißruss. Univ. Minsk, Prof. Rubaschev.) (Belosrusskaja medicinskaja myssl' Jg. **2**, Bd. 1, Nr. 4/5, S. 108—111.) (Russisch.) **34**, 526.

Ruvertoni, Francisco, Prothese der Gallenwege mit einem versenkten Kautschukdrain. (Anales de fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 1, S. 36—48.) (Spanisch.) **34**, 378.

Sabatini, Giuseppe, I danni dell'uso della canfora nelle malattie del fegato e negli interventi chirurgici sulle vie biliari. (Istit. di clin. med., univ., Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 1, S. 3—7.) **31**, 106.

Seulberger, P., und O. Pollwein, Die Heilungsvorgänge an Choledochusdefekten und an künstlich hergestellten Gallenwegen. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 203—222.) **34**, 105.

Skljarov, I., Ein Fall von Choledochoduodenostomie. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 61—63.) (Russisch.) **37**, 362.

Smith, Harvey F., Technic of the operation of cholecystectomy. (Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 3, S. 144—145.) *
Soupault, Robert, et Marcel Thalheimer, Cholécystectomie ou cholécystostomie dans les cholécystites aiguës? (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 44, S. 1174—1176.) 33, 913.
Stetten, De Witt, Cholecystectomy without drainage with special reference to the covering of the cystic duct stump with a peritoneal flap. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 489—498.) 32, 622.
Summers, J. E., How the mortality may be reduced in operations on the gall bladder and gall ducts. (Nebraska state med. journ. 10, S. 373.) 34, 728.
Takats, G. de, Cholecystectomy for hyperacidity. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 221—223.) 31, 326.
Teodorescu, George, Transpleurale Lebernaht. (Spitalul Jg. 45, Nr. 6, S. 224 bis 225.) (Rumänisch.) 32, 526.
Tobias, José W., Nichtchirurgische Drainage der Gallenwege. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 375—388.) (Spanisch.) 34, 525.
Tschassownikow, P. G., Zur Technik der Operationen an den Gallenwegen. (Chir. Fak.-Klin., Med. Hochsch., Odessa, Prof. Pokotilo.) (Nowyj chirurgičeskij archiv Bd. 6, H. 4, S. 555—561.) (Russisch.) 32, 524.
Urban, K., Zur Chirurgie der Zuckergußleber. (Krankenh. d. Barmherzigen Schwestern, Linz a. D.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 1, S. 19—20.) 30, 940.
Vaniev, J., Drei Fälle partialer Leberresektion. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 306—308.) (Russisch.) 37, 126.
Vigyázó, Gyula, und Imre Schulhof, Studien aus dem Gebiete der Gallenblasenchirurgie. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 21, S. 481—482.) (Ungarisch.) 32, 842.
Vigyázo, Julius, Studium zur Gallenblasenchirurgie. Vorl. Mitt. (Physiol. Univ.-Inst. u. chir. Abt., Graf Apponi-Poliklin., Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 25, S. 1351—1354.) 32, 472.
Villard et Richer, La cholécysto-gastrostomie. (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 6, S. 455 bis 466.) 32, 621.
Wakeley, Cecil P. G., A case of gall-stones with a gumma of the liver mistaken for malignant disease of the gall-bladder. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 609 bis 610.) *
Wilensky, Abraham O., The oblique transrectus incision for operations upon the gallbladder and extrahepatic bile passages. (Med. journ. a. record. Bd. 121, Nr. 2, S. 105—108.) 31, 326.
Winston, John W., Common duct complications after gallbladder surgery. (Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 6, S. 343—344.) 32, 300.
Wischnewsky, A. W., Zur Drainagetechnik des gemeinsamen Gallenganges. (Chir. Hosp.-Klin., Staatsuniv., Kasan.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 30, S. 1644 bis 1645.) 32, 842.
Wolfensohn, M. V., Über Anastomosen zwischen großen Gallengängen und Duodenum evtl. Magen. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Prof. Fedorov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 203—211.) (Russisch.) 35, 842.
Wološinov, W., Über primäre Naht der Bauchwunde nach Operationen an den Gallenwegen. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 142—145. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) 33, 914.

Pankreas.

Übersichtsreferat.

Von

F. Bode, Bad Homburg v. d. H.

1. Ätiologie, Diagnose und Prognose der Pankreatiden.

Während in der Kriegszeit überall ein Nachlassen der entzündlichen Affektionen des Pankreas festgestellt wurde, ist jetzt wiederum ein ständiges Anwachsen der Erkrankungszahlen zu verzeichnen, eine Erscheinung, die Schlegel (1925) mit der durch die äußeren Verhältnisse wieder besser und besonders fettreicher gewordenen Ernährung in Zusammenhang bringt. Nach Sebening (1925), der ebenfalls eine auffallende Häu-

fung der Fälle in den letzten Jahren beobachten konnte, spielt neben der Hebung der allgemeinen Lebenshaltung auch der größer gewordene Alkoholgenuß in dieser Beziehung höchstwahrscheinlich eine wichtige Rolle. Auch Vogel (1924) stellt Alkoholmißbrauch als nicht zu unterschätzendes ätiologisches Moment in den Vordergrund, ebenso kurz vor der Erkrankung an akuter Pankreatitis überstandene Entbindungen. Oehler (1924) sah gehäuftes Auftreten von akuter Pankreasnekrose während eines halben Jahres, ohne eine Ursache dafür anführen zu können. Sebening faßt die Entzündungen des Pankreas, insbesondere die Pankreasnekrosen vornehmlich als eine Komplikation der Cholelithiasis auf, da er in 80% das Vorliegen eines Gallensteinleidens bei seinen Operationen autoptisch nachweisen konnte. Eine Steineinklemmung in der Papilla Vateri lag in 28% seiner Fälle vor. Auch Rufanow (1925) betont für die Ätiologie der Pankreatiden die Bedeutung von entzündlichen Vorgängen in der Nachbarschaft, und verweist besonders auf das Duodeum, den Magen und die Gallenwege. 85% seines Materials hängen mit Affektionen des Gallensystems zusammen. Die Prognose ist bei Pankreatiden mit Gallenanamnese verhältnismäßig günstiger, bei Magenanamnese schlechter, und in Fällen ohne Hinweis auf irgendeinen möglichen Zusammenhang mit bereits im Organismus vorhandenen Entzündungsherden noch ungünstiger. Das Auftreten von hämorrhagischen Nekrosen ist eine Wirkung des Trypsins, das durch eine vorliegende Infektion aktiviert wird. Außerdem besteht nach Bartels eine anatomische Verbindung der Lymphgefäße des Pankreas mit denen des Duodenums, und beim Zusammentreffen der beiden Lymphströme vom Pankreas und Duodenum, in welchem letzteren sich das aktivierende Ferment befindet, entstehen nach Schlegel die Fettgewebsnekrosen, und zwar u. U. auch ohne Hinzutreten einer Entzündung. Erfolgt keine Vermengung der pankreatischen und duodenalen Lymphe, bleibt also das Pankreassekret unaktiviert, so findet man als einzigen objektiven Befund nur eine einfache Entzündung des Pankreas in Form einer steinharten Induration der Drüse als Ursache für die erheblichen Koliken, die in derartigen Fällen beobachtet werden Eggers (1924) lehnt für die akute Pankreatitis die Infektion als ätiologisches Moment überhaupt ab und glaubt, daß die Erkrankung hauptsächlich durch die Einwirkung des freigewordenen Pankreasfermentes auf die Umgebung hervorgerufen wird. Moynihan (1925) steht auf einem gleichen Standpunkt und betont ebenso das Eindringen von Galle in den Ausführungsgang des Pankreas, obwohl nur in 4,6% die direkten anatomischen Vorbedingungen hierzu nachgewiesen werden konnten. Brocq (1925) verzichtet auch auf eine bakterielle Infektion für die Entstehung der Pankreasnekrose und erblickt ebenfalls in dem Eindringen aktivierter Substanzen aus Galle und Duodenum in den Ausführungsgang des Pankreas die Hauptursache für die Entstehung der Pankreatiden. Er will deshalb einen biliären und intestinalen Typ für die Genese der klinischen Pankreatiden unterscheiden. Calzavara (1925) macht auf die außergewöhnliche hohe Steigerung der Blutzuckerwerte aufmerksam, und sieht diese als ein sehr sicheres spezifisches Erkennungszeichen für das Bestehen einer Pankreasnekrose an. Bei solcher Hyperglykämie fehlt eine Zuckerausscheidung im Harn, da die allgemeine von der Pankreasnekrose ausgehende Intoxikation des Organismus eine trübe Schwellung der Nierenzellen verursacht, und dadurch eine Unfähigkeit für die Durchlässigkeit der Glykose bedingt werden soll. Diese Hyperklykämie tritt schon außerordentlich frühzeitig nach Beginn der Erkrankung und der Entstehung der ersten organischen Pankreasveränderungen in die Erscheinung, und ist als ein sicherer Fingerzeig für die Prognose auch verwertbar. Wenn nämlich nach erfolgter Operation einer Pankreasnekrose der Zuckergehalt des Blutes sinkt, so besteht Hoffnung auf Genesung, bleibt aber die Hyperglykämie in unverändert hohen Werten bestehen oder steigt noch weiter an, so sind die Aussichten schlecht. Nach Arnsperger (1924) gibt es bisher noch kein sicheres diagnostisches Anzeichen für das Vorliegen einer akuten Pankreatitis. Stevens (1925) sah bei einer herrschenden Mumpsepidemie etwa am 5. und 6. Tage der Erkrankung unter

erneutem Anstieg der Temperatur, Schmerzen im Epigastrium mit Erbrechen und Obstipation und allgemeinem schweren Krankheitsgefühl auftretende Zustände, die er als ein metastatisches Übergreifen des Erregers der Parotitis epidemica auf das Pankreas anspricht. Auffallenderweise waren nur Knaben vom 6. bis 12. Jahre davon befallen. Auch andere Autoren berichten über vorausgehende Parotitis als vermeintliche Ursache für die Entstehung einer Pankreatitis. Die allgemeine Meinung geht dahin, daß die Diagnose einer Pankreatitis u. U. sehr schwierig sein kann, da Verwechselungen mit anderweitigen entzündlichen peritonealen Erkrankungen nur zu leicht vorkommen können. Sebening gibt an, daß von 25 operierten akuten Pankreasnekrosen nur 3 mal eine richtige Diagnose vor dem chirurgischen Eingriff gestellt wurde. Vom Oberbauch nach links ausstrahlende Schmerzen sollen typisch sein. Nach Christ (1925) sind im Anfang der Erkrankung krampfartige Schmerzen im Oberbauchraum die Regel und die von Glass beschriebenen „Dauerschmerzen" besonders charakteristisch für die akute Pankreatitis. Stuhluntersuchungen auf Steatorrhöe und Nachweis von Glykosurie sind höchst unzuverlässig. Pernin (1924) legt auf die Erhöhung des Diastasegehaltes des Harns als diagnostisches Mittel bei der Pankreasnekrose Wert und konnte bei der experimentellen Nachprüfung die Konstanz dieses Symptomes bestätigen. Waring und Grifftithes (1924) fanden die sogenannte Löwesche Adrenalinmydriasis öfter pathognomonisch für Pankreatitis, die darin besteht, daß 2 Tropfen Adrenalinlösung 1 : 1000 in ein Auge getröpfelt werden, nach 5 Minuten wiederholt, worauf nach einer halben Stunde Pupillenerweiterung im Vergleich mit dem anderen Auge auftritt. Die Probe ist nach Moynihan (1925) aber sehr unsicher. Bringmann (1924) hat bei akuter Pankreasnekrose fortlaufende Blutuntersuchungen angestellt mit folgendem Ergebnis: mittelstarke Leukocytenzahl, auffallend hohe Neutrophilenprozentzahl mit ausgesprochener oder hyperregeneratorischer Fernverschiebung und sehr niedriger Lymphocytenzahl. Von Redwitz (1924) hält die Cammidgereaktion im Harn, die einen dextrinartigen Körper im Urin anzeigen soll, für unzuverlässig, will aber eine systematische Untersuchung des Duodenalsaftes vorgenommen wissen, um daraus wichtige Schlüsse auf die Funktion der Bauchspeicheldrüse zu ziehen. Auch die Blutzuckeruntersuchung erkennt er an, bei Kreatorrhöen und Steatorrhöen und dem positiven Nachweis von unverdauten Muskelfasern ist der Verdacht auf eine Pankreaserkrankung naheliegend. Katsch (1925) betont das Auftreten von Headschen Zonen auch bei leichten Formen von Pankreatiden. Die Diastaseprobe ist nur bei ganz akuten Formen sicher vorhanden, während sie bei schweren und chronischen Erkrankungen ausbleibt, aber auch ohne Vorliegen von Pankreasaffektionen u. U. positiv ausfallen kann. Ein Ähnliches gilt von dem Auftreten der Lipase.

2. *Pankreatitis (Pathologie und Therapie).*

Die wichtigste Arbeit auf diesem Gebiete ist wohl das Referat, das Gulecke (1925) auf dem Kongreß für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen gehalten hat. Die Einteilung der Pankreatiden wird von den Autoren nach verschiedensten Gesichtspunkten vorgenommen. Die meisten schließen sich dem Guleckeschen Schema an. Schlegel (1925) unterscheidet 3 Gruppen von entzündlichen Erkrankungen des Pankreas, die akuten Pankreasnekrosen nach Gulecke, die Pankreasaffektionen ohne Parenchymveränderungen, doch mit ausgedehnten Fettgewebsnekrosen in der Umgebung, die er unter dem Namen „Pankreatosen" zusammenfaßt, und als 3. Gruppe endlich die Pankreatiden in ihrem verschiednen Auftreten als akute, subakute und chronische Pankreatitis. Gulecke sieht das sogenannte Pankreasödem als eine Vorstufe der eigentlichen Nekrose an, bei dem unter Fehlen von Gewebsnekrosen das Drüsengewebe glasig aussieht und derb angeschwollen ist. Auch Vogel (1924) fand in frühzeitig operierten Fällen lediglich Ödem und Hyperämie des Pankreas und teilt 5 Beobachtungen mit, in denen sich im Anschluß an eine akute Pankreatitis als eine Art

Spontanheilung durch Abkapselung Pseudocyten ausgebildet hatten. Moench (1924) sezierte eine plötzlich im Kollaps verstorbene Frau, bei der eine Tubenruptur angenommen war, und konnte den Fall dahin aufklären, daß es sich um eine Arosion der infolge von Pankreatitis nekrotisch gewordenen Milzarterie gehandelt hatte, die zum Verblutungstod führte. Sonstige Fettgewebsnekrosen fehlten. Walzel (1925) macht auf postoperativ entstehende Pankreasnekrosen aufmerksam, die er wiederholt beobachten konnte nach Duodenalresektionen mit Beteiligung von drüsigen Anteilen des Pankreas, bei Milzoperationen, bei Resektionen der Flexura linealis, bei Resektionen des Magens, sowie bei der transduodenalen Choledochotomie. Auch Bundschuh (1925) erlebte eine letale Komplikation durch Pankreasschädigung im Anschluß an eine Magenresektion. Durch eine Anomalie des Ausführungsganges bedingt trat eine Bauchspeichelstauung ein, und es erfolgte Übertritt desselben in das Peritoneum durch die Pankreaswunde hindurch mit sekundärer tödlicher Peritonitis. Nach von Linhardt (1925) ist die Todesursache bei der Pankreasnekrose eine Autointoxikation. Redzinski und Epler (1924) kommen nach vorgenommenen Versuchen über die Todesursache bei der akuten Pankreasnekrose zu dem Schluß, daß die Anwesenheit von Colibazillen im Pankreas eine normale Erscheinung ist, und daß die Bazillen in den Zerfallsprodukten des nekrotisierenden Drüsenparenchyms gute Bedingungen für ihre Entwicklung finden und damit gleichzeitig eine weitere Ausbreitung des nekrotischen Prozesses bedingen. Durch Überschwemmung des Kreislaufes mit solchen Zerfallsprodukten geht der Organismus zugrunde.

Was die Behandlung der Pankreatitis selbst betrifft, so sind sich alle Autoren einig, daß die Frühoperation die besten Resultate gibt. Arnsperger (1924) rät bei älteren schweren Fällen den Rückgang der peritonitischen Erscheinungen abzuwarten, da die Prognose bei Operationen im intermediären Stadium schlecht ist. Er hatte eine Gesamtmortalität von 48,5%, bei seinen letzten Fällen eine solche von 28%. Die Operation soll das Pankreas freilegen und durch sorgfältige Tamponade von seiner Umgebung besonders nach hinten hin abgrenzen, damit ein weiteres Ausbreiten des Prozesses mit Austreten der Giftstoffe ins Peritoneum und das retroperitoneale Gewebe verhindert wird. Gulecke (1925) hat in seinem Referat aus einer Sammelstatistik eine Mortalität von 52,2% errechnet, wobei aber bemerkt werden muß, daß $^2/_3$ der Fälle erst relativ spät, am 3. Tag oder noch später operiert wurden. Unter 411 Operationen wurden 12 Rezidive in der Zeit von 7 Wochen bis 9 Jahre nach der Operation beobachtet, von denen 8 so leicht verliefen, daß sie ohne Eingriff ausheilten. Speese und Klein (1924) hatten gute Erfolge in einem schweren Fall von der Darreichung des Iletins nach der Operation und glauben, daß das Mittel eine große Hilfe für die Wiederherstellung der Kohlenhydrattoleranz bedeutet.

3. *Pankreassteine.*

Seeger (1925) hat aus dem Schrifttum die bisher veröffentlichten Fälle von Pankreassteinen gesammelt und sieht als Ursache für die Entstehung von Pankreaskonkrementen das Zusammenwirken einer Sekretstauung mit Ausscheidung von Calciumkarbonat im Sekret infolge von Infektion oder Pankreatitis an. Die Größe der Konkremente wechselt vom kleinsten Sandkorn bis zur Ausbildung von richtigen großen Steinen, die Ulcerationen erzeugen und evtl. in den Magen oder den freien Bauchraum mit oder ohne größere Blutung perforieren können. Steinverschluß des Ausführungsganges führt zur Atrophie der Drüse mit interlobulärer Pankreatitis, doch bleiben die Langerhansschen Inseln lange Zeit noch erhalten. Die Diagnose eines Pankreassteines ist außerordentlich schwierig und unsicher, selbst bei einer Operation. Es wird Vorsicht empfohlen bei der Deutung von Röntgenbildern, da eine Verwechslung mit Nierensteinen sehr leicht möglich ist. Hartmann (1925) teilt 4 neue Fälle aus der Mayoschen Klinik mit, in denen stets eine andere Diagnose vorher gestellt war, und die Steine erst bei der Operation entdeckt und entfernt wurden. Alle operierten Kranken sind geheilt.

4. *Accessorisches Pankreas.*

Vigi und Gamberini (1924) berichten über den Befund einer mandelgroßen Geschwulst an der vorderen Wand des Magens und 6 cm weit vom Pylorus entfernt nahe der großen Kurvatur, welcher im Inneren des Magens ein 1 cm tiefes Divertikel entsprach. Die mikroskopische Untersuchung ergab eine völlig intakte Magenschleimhaut und zwischen den Fasern der Muscularis mucosa Pankreaslappen und einzelne Acini. Delhoune (1924) teilt 6 neue Fälle von Pankreaskeimen im Magen mit. 3 mal saß der etwa nußgroße Tumor in der Pylorusgegend bei unbestimmten Magenbeschwerden und wurde reseziert, die anderen 3 Fälle betrafen Sektionsergebnisse. Eine Disposition derartiger Pankreaskeime zur Entstehung von Ulcus oder Carcinom ist bisher nicht erwiesen. Hedry (1924) fand einen versprengten Pankreaskeim als etwa mandelgroßen Tumor in der Wand der Gallenblase, der den ersten in dieser Gegend nachgewiesenen und in der Literatur niedergelegten darstellen dürfte. Steiger (1925) stellte ein Nebenpankreas in einem Darmdivertikel fest und erblickt in diesem die Ursache zur Divertikelbildung.

5. *Trauma.*

Kuboda (1924) hat eingehende experimentelle Untersuchungen über die Prognose der Pankreasquerrisse angestellt mit dem Ergebnis, daß die Aussichten im Hungerzustand günstig, dagegen bedeutend ungünstiger sind, wenn die Verletzung des Pankreas unmittelbar nach dem Essen erfolgt ist. Jede mit einer gleichzeitigen perforierenden Verletzung des Magens oder Darmes einhergehende Verwundung des Pankreas macht die Prognose in allen Fällen viel schlechter. Die Naht der queren Bauchspeicheldrüsendurchquetschung ist das gegebene Verfahren, und zwar ist die Aussicht auf Heilung um so größer, je frühzeitiger genäht wird. Es wird empfohlen, das Drüsenparenchym bei der Naht nicht mitzufassen und die Naht nur auf die Kapsel und das Peritoneum zu beschränken, außerdem noch auf die Nahtstelle ein Netzstück zu legen. Gleichgültig ist es, ob man Catgut oder Seide zur Naht verwendet, ob man Knopfnähte oder fortlaufende Naht anlegt. Die Sicherung der Naht durch einen Tampon auf die Verletzungsstelle erwies sich als vorteilhaft. Frassi (1924) bearbeitete die isolierten Pankreasverletzungen in einer größeren Abhandlung und fand, daß stets eine ziemlich erhebliche Gewalteinwirkung stattgefunden hatte, um eine Ruptur der Bauchspeicheldrüse herbeizuführen. Bei älteren Leuten wird eine Pankreasverletzung seltener gefunden, da bei ihnen die Drüse schon mehr atrophisch und sklerotischer geworden ist. Nach größeren Blutergüssen bleiben oft Pseudocysten oder Entzündungen des Drüsenparenchyms zurück. Ist der Ausführungsgang mitbetroffen, so daß Pankreassekret austreten kann, so beobachtet man herdförmiges Auftreten von Selbstverdauung oder Fettgewebsnekrosen, an die sich gar nicht selten eine tödliche Peritonitis anschließt. Für die Behandlung aller Pankreasverletzungen kommt nur die Operation in Frage, evtl. mit Naht der Verletzung und nachfolgender Tamponade. Roegholt (1925) kommt auf Grund theoretischer Überlegungen und praktischer Erfahrungen zu einer Ablehnung der Tamponade bei Pankreasverletzungen. Lernbecher (1925) verlor einen von ihm mit Naht behandelten Fall von Schußverletzung des Pankreas und konnte bei der Sektion u. a. zahlreiche Fettgewebsnekrosen im mesenterialen Fett und beginnende Peritonitis feststellen. Nach Gulecke (1925) bleiben auch bei frühzeitiger Operation gar nicht so selten Fisteln zurück, besonders wenn bei der Verletzung der Ausführungsgang beteiligt gewesen ist. Große Sekretverluste bringen den Körper dabei stark herunter, bis dann schließlich ganz plötzlich bisweilen die Absonderung nachläßt und aufhört, während in anderen Fällen nur durch einen operativen Eingriff eine Rettung angestrebt werden kann.

6. *Cysten.*

Die Entstehung der Pankreascysten ist keine einheitliche, man unterscheidet nach Gulecke (1925) Retentions- und Degenerationscysten, die meist traumatisch entstan-

denen Pseudocysten und schließlich die als echte Adenome anzusprechenden Proliferationscysten. Für die Diagnose ist Röntgenaufnahme bzw. Durchleuchtung ein Verfahren, das sich außerordentlich bewährt hat. Man sieht die Schatten der Cyste in typischem Halbrundbogen oft in die Organe hineinragen. Auch das Pneumoperitoneum gibt gute Einsicht. Eine radikale Entfernung der manchmal recht großen Cysten ist oft wegen der Verrwachsungen mit den anliegenden Organen nicht möglich, so daß nichts anderes als die Einnähung der Cystenwand übrig bleibt, worauf gar nicht selten völlige Ausheilung stattfindet. Bisweilen bleiben nach Operationen langdauernde Fistelungen mit mehr oder weniger starker Sekretion zurück, die durch den manchmal sehr großen Flüssigkeitsverlust die Kranken sehr herunter bringen. Derartige Fistelungen können sich spontan auch nach längerem Bestehen eines Tages plötzlich schließen, in anderen Fällen muß operativ aus einer Indicatio vitalis eingegriffen werden. Um einen Überblick über die Ausdehnung und den Verlauf solcher Fisteln zu gewinnen, hat sich die Injektion von Lipiodol nach Isnardi und Zanardo (1925) recht bewährt. Die gleichen Autoren berichten auch über eine erfolgreiche Einpflanzung eines außerordentlich stark verwachsenen Fistelganges einer operierten Pankreascyste in den Magen. Kleinschmidt (1925) steppte die Serosa einer auf 1 cm eröffneten Dünndarmschlinge auf die Fistel. Denechau und Gigon (1924) bearbeiteten die spontan entstehenden Cysten des Pankreas, die als Folge sekretorischer und thrombotischer mechanischer Stauungen oder auf der Basis einer Infektion in den Drüsenschläuchen des Organs entstanden aufzufassen sind. Die Erkrankung beginnt meistens plötzlich unter heftigen Schmerzen im Epigastrium mit allgemeinen peritonitischen Symptomen, worauf unter Nachlassen der Beschwerden und Eintritt einer auffallenden Abmagerung allmählich die Ausbildung der Cyste erfolgt. Labbé (1924) hat in einem später durch Autopsie sichergestellten Fall von Pankreascyste mit sehr weitgehendem Untergang des Drüsenparenchyms nicht eine Spur einer Störung der inneren und äußeren Sekretion gefunden, und folgert daraus, daß auch sehr kleine Stücke selbst geschädigten Drüsenparenchyms zur Aufrechterhaltung der normalen Funktionen der Drüse noch genügen, und daß bereits sehr erhebliche Schädigungen des Organs vorliegen müssen, wenn sich Ausfallserscheinungen in der Funktion bemerkbar machen. Chauffard (1924) unterscheidet für die Ausbildung der Pseudocysten des Pankreas 3 Stadien: die schmerzhafte Pankreatitis, die Einschmelzung durch den Saft der eröffneten Ausführungsgänge und die Abkapselung. Als ein sehr regelmäßig auftretendes Symptom wird auch von Chauffard auf die Abmagerung hingewiesen. Eine Lebervergrößerung fehlt in der Regel.

7. *Tumoren.*

Tumoren des Pankreaskopfes zeigen nach Buckstein (1924) eine Vergrößerung der Gesamtkrümmung des Duodenums, die durch Einspritzung von Bariumbrei mittels einer Duodenalsonde bequem und deutlich im Röntgenbild zur Darstellung zu bringen ist. Gilbride (1924) fiel bei 12 Patienten mit einem durch bösartige Pankreasgeschwulst bedingten Ikterus auf, daß der sonst beim Gallenikterus stets vorhandene Juckreiz fehlte. Die Schmerzen sind bei Sitz des Tumors im Pankreasschwanz in der Regel nach dem Schulterblattwinkel ausstrahlend, während sie sonst mehr nach dem Rücken zu ziehend angegeben werden. Marxer (1925) berichtet über das Pankreassarkom und teilt einen eigenen mit Erfolg operierten Fall von cystischem Spindelzellensarkom mit. Diese Tumorform soll meist durch sekundäre sarkomatöse Erkrankung echter Pankreascysten entstehen. Yoshida (1925) sah 2 Fälle von primärem Pankreascarcinom, und Cameron (1924) errechnete, daß in Australien etwa doppelt so viel Männer als Frauen an Pankreascarcinom erkranken. Meist ist der Kopf des Pankreas der Sitz des Tumors. In 26% der Fälle wurde chronischer Alkoholismus zugestanden und auffallend häufig fand sich eine weit vorgeschrittene Arteriosklerose. In 3,3% der Fälle wurde Zucker im Harn nachgewiesen. Metzler (1925) entfernte bei einer 61jährigen Frau eine kinds-

kopfgroße Geschwulst, die klinisch und röntgenologisch als vom Magen ausgehend festgestellt war, aber tatsächlich gut auslösbar dem Pankreasschwanz aufsaß. Es handelte sich um ein Cystenadenom des Pankreas. Auch Carling und Hicks (1925) teilen 2 ähnliche Beobachtungen mit.

8. *Tuberkulose, Ascaris, Echinokokkus.*

Valzah (1924) teilt einen Sektionsfall von Tuberkulose des Pankreas mit, in dem das Pankreas auf die Hälfte seines Umfanges reduziert und völlig in Massen von käsigen Lymphknoten eingebettet war, die teilweise bis in das Drüsenparenchym vordrangen. Die ganze Drüse war von kleinen grauen undurchsichtigen Punkten durchsetzt, die Tuberkelbazillen enthielten, aber sonst nicht den typischen Bau von Tuberkeln zeigten. Nach Bertone (1924) kann die Tuberkulose des Pankreas, die über den Blutweg, die Lymphbahnen oder die Ausführungsgänge zustande kommen kann, das ganze Organ oder nur einzelne Teile desselben befallen. Die akute tuberkulöse Infektion verläuft teils unter dem Bild einer miliaren Tuberkulose, teils unter den Zeichen der gewöhnlichen akuten Pankreatitis und geht u. U. mit Bildung von solitären oder multiplen Abscessen einher. Die chronische Pankreastuberkulose zeigt relativ häufig eine Sklerose der ganzen Drüse, weniger häufig das Bild einer disseminierten Tuberkulose, ganz selten tritt sie in Gestalt eines Tumors der Drüse auf, der durch Infiltration des Pankreasbindegewebes mit typischen tuberkulösen Veränderungen der darin eingelagerten lymphatischen Elemente sich ausbildet. Nur diese Fälle eignen sich für eine operative Inangriffnahme, doch wird die Diagnose meist auf Pankreasgeschwulst gestellt und die Tuberkulose erst durch spätere Untersuchung erkannt. Die Prognose derartiger Operationen ist auch bezüglich der Dauerheilung eine durchaus günstige.

Pfanner (1924) teilt 2 Fälle mit, in denen eine Pankreatitis durch Einwanderung von Ascariden verursacht wurde. Es handelte sich um einen akut an Cholangitis erkrankten und mit Cholecystektomie behandelten Mann, bei dem der Kopfteil des Pankreas vereitert und der stark erweiterte Ductus pancreaticus von einem Ascaris bis zur Mitte verlegt war. Auch der 2. ebenfalls durch Sektion sichergestellte Fall betraf einen 54jährigen an Peritonitis zugrunde gegeangenen Mann, dessen Papilla Vateri durch ein Ascaridenpaar verschlossen war, die weit in die Gallenwege hineinreichten und eine Cholangitis bedingt hatten.

Auvray (1925) operierte bei einem vom Kopf des Pankreas ausgehenden Echinokokkus, mußte aber den Versuch, die Geschwulst auszuschälen, wegen zu fester allseitiger Verwachsungen abbrechen und begnügte sich mit der Incision, sorgfältiger Reinigung der Echinokokkenhöhle und Formolbehandlung derselben. Er erzielte eine glatte und dauerhafte Heilung.

Anatomie, Physiologie und allgemeine Pathologie des Pankreas.

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 3, Bd. 6. Heller, E., Die Chirurgie der Leber und des Gallensystems. — Riese, H., Die Chirurgie des Pankreas. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. 228 S. u. 10 Taf. RM. 12.—.) **32**, 257.

Ciminata, A., La secrezione esterna del pancreas dopo esclusione pilorica e gastrodigiunostomia a Y di Roux. Ricerche sperimentali. (Istit. di fisiol. sperim., univ., Roma.) (Arch. di fisiol. Bd. **23**, H. 3, S. 304—317.) **36**, 279.

Glahn, William C. von, and Robert Chobot, The histological alterations of the pancreas in chronic passive congestion. (Dep. of pathol., coll. of physic. a. surg., Columbia univ., a. Presbyterian hosp., New York.) (Americ. journ. of pathol. Bd. **1**, Nr. 4, S. 373—381.) *

Münch, H., Pankreasheime im Pylorus. (Allerheiligen-Hosp., Breslau.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 4, S. 538—542.) **34**, 157.

Rasenkow, I., Zur Frage über die vierfache Innervation der Organe. (Moskovkij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 23—31.) (Russisch.) **35**, 261.

Steiger, W., Nebenpankreas in einem Darmdivertikel als Ursache einer sekundären Invagination. (Krankenh., Wieden, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 33, S. 909—910.) 33, 599.

Sugawara, Kanshiro, und Itaru Shibata, Ein Fall von Pancreas annulare. (Anat. Inst., med. Akad., Nagasaki.) (Folia anat. japon. Bd. 3, H. 4/5, S. 239—242.) *

Villaret, Maurice, et L. Justin-Besançon, Etude clinique et physiologique d'une fistule pancréatique. (Arch. des maladies de l'appar. dig. et de la nutrit. Bd. 15, Nr. 8, S. 751—767.) 33, 916

Waldschmidt-Leitz, Ernst, und Anna Harteneck, Über die tryptische und ereptische Wirkung der Pankreasdrüse. II. Mitt. zur Spezifität tierischer Proteasen. (Chem. Laborat., bayer. Akad. d. Wiss., München.) (Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chem. Bd. 147, S. 286—308.) *

Walzel, Peter, Über die postoperative Reaktion des Pankreas nach Operationen an seinen Nachbarorganen. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 3/4, S. 512—548.) 34, 800.

Verletzungen des Pankreas.

Arrigoni, Carlo, e Antonio Fucci, Necrosi acuta del pancreas e steatonecrosi abdominale d'origine traumatica. (Rep. chir. gen., osp. civ., Mantova.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 21, S. 489—493.) *

Ginzburg, I., Zur Frage der traumatischen Pankreascysten. (Chir. Hosp.-Klin., Univ., Baku, Prof. Finkelstein.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 9, S. 773—776.) (Russisch.) *

Hämäläinen, M., Über den Entstehungsmechanismus der durch stumpfe Gewalt verursachten sogenannten subcutanen Rupturen der parenchymatösen Organe des Unterleibes (der Leber, der Milz und der Nieren) mit besonderer Berücksichtigung der Berstungsrupturen. Eine experimentelle, klinische und physikalische Studie. (Chir. Univ.-Klin., Helsinki.) (Acta societatis medicorum Fennicae „Duodecim" Bd. 6, H. 3, S. 1—83.) 33, 899.

Havlicek, Hans, Ein operativ geheilter Fall von Pankreas-Milzruptur und einige Bemerkungen über den Schulter-Armschmerz. (Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch, Dresden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 35, S. 1967—1972.) 33, 249.

Isnardi, N. López, und Juan Zanardo, Behandlung einer Pankreasfistel. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 45, S. 1166—1169.) (Spanisch.) 34, 800.

Prat, Domingo, Zwei Brustbauch- und eine Duodenum-Pankreasverletzung durch Kugel. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 10, S. 869—875.) (Spanisch.) *

Roegholt, M. N., Einige Betrachtungen im Anschluß an eine Pankreasverwundung. (Nederlandsch maandschr. v. geneesk. Jg. 13, Nr. 5, S. 263—275.) (Holländisch.) 33, 598.

Allgemeines über Pankreaschirurgie.

Antinori, Giuseppe, Sulle lesioni del surrene nell'ablazione totale e parziale del pancreas. (Instit. di clin. med. gen., univ., Palermo.) (Ann. di clin. med. e di med. sperim. Jg. 14, H. 4, S. 477—504.) 32, 784.

Bundschuh, Eduard, Zur Kenntnis der Pankreasschädigung bei Duodenalresektion wegen Ulcus. (Juliusspit., Würzburg.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 2, S. 414 bis 421.) 32, 530.

Guleke, N., Die Chirurgie des Pankreas. (4. Tag., Berlin, Sitzg. v. 22.—26. X. 1924.) (Verhandl. f. Verdauungs- u. Stoffwechselkrankh. S. 113—163.) 32, 112.

Kleinschmidt, O., Die Behandlung der Fisteln des Pankreas und des Ductus pancreaticus. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 363 bis 372.) 32, 113.

Rodziński, Ryszard, Einige Bemerkungen zur experimentellen Pankreaschirurgie. (Klin. chir., uniw., Lwów.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 3—14 u. H. 3, S. 62—73.) (Polnisch.) 35, 51.

Schlegel, August, Beitrag zur Erkenntnis der chirurgischen Pankreaserkrankungen im Sinne der Degeneration (41 Fälle). (Städt. Krankenh., Ludwigshafen a. Rh.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 4, S. 562—582.) 32, 528.

Pankreatitis, Pankreasnekrose, Syphilis, Tuberkulose des Pankreas.

Alamartine, H., P. Mallet-Guy et A. Vachey, Localisation rare d'un abcès de la tête du pancréas. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 24, S. 388—389.) 32, 530.

Baumann, Max, Das Krankheitsbild der subakuten Pankreasentzündung. (Henriettenstift, Hannover.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 22, S. 904 bis 905.) 32, 529.

Brocq, P., Quelques idées nouvelles sur la pancréatite hémorragique. (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 1, S. 7—26.) **31**, 473.
Calzavara, Domenico, Ricerche sperimentali intorno alla necrosi acuta del pancreas. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 429—471.) **35**, 50.
Choquard, L., Un cas de péritonite généralisée par pancréatite aiguë. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 9, S. 590—593.) **33**, 110.
Christ, Andreas, Über akute Pankreatitis. (Chir. Univ.-Klin., Basel.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 24, S. 554—557.) **32**, 378.
Fogarty, J. N., and I. M. Hay, Acute hemorrhagic pancreatitis complicated by nephritis. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 8, S. 617—618.) *
Forlini, Euclide, Su di un caso di pancreatite essudativa fibrinosa in un bambino di due mesi. (Istit. di anat. patol., univ., Parma.) (Pediatria, riv. Jg. **33**, H. 18, S. 979—986.) **33**, 916.
Gerassimov, M. G., Ein Fall von Pancreatitis acuta. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, S. 439.) (Russisch.) *
Hinton, J. William, Chronic pancreatitis as a clinical entity. (Surg. serv., Dr. Charles Gordon Heyd, New York post-grad. med. school a. hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 422—428.) **33**, 598.
Kaestner, Zur akuten Pankreatitis. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 706.
Katsch, 50 Fälle von Pankreatitis. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 706.
Landois, Felix, Die akute Pankreatitis mit Pankreasfettnekrose und ihre chirurgische Behandlung. (Elisabeth-Krankenh., Berlin.) (Fortschr. d. Therapie Jg. **1**, H. 7, S. 199—205.) *
Lehman, Edwin P., A case of acute pancreatitis: Drainage of pancreas, cholecystostomy, cholecystectomy. (Dep. of surg. ,Washington univ. school of med. St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1327—1344.) *
Linhardt, Stuart Ritter v., Beitrag zur Kenntnis der akuten Pankreasnekrose. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Erlangen.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 1, S. 14—44.) **33**, 917.
Macciotta, G., Pancreatite acuta sperimentale da tiroidectomia. (Istit. di clin. pediatr., univ., Sassari.) (Studi sassaresi Bd. **3**, H. 6, S. 652—658.) **35**, 584.
Mallet-Guy, Pierre, Pancréatites chroniques avec ictère. (Paris: Masson et Cie. 1925. 307 S.) **33**, 917.
Meschtschaninoff, A., Zur Frage über chronische Erkrankungen der Bauchspeicheldrüse und Methoden der operativen Behandlung derselben. (Krankenh., Charkow.) (Nowyj chirurgičeski archiv Bd. **7**, H. 2, Nr. 26, S. 269—274.) (Russisch.) **33**, 252.
Moynihan, Berkeley, Acute pancreatitis. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 132 bis 142.) **31**, 472.
Pavlovsky, Alejandro J., Beitrag zum Studium der akuten hämorrhagischen Pankreatitis. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 48, S. 1346—1366.) (Spanisch.) **34**, 799.
Rufanoff, I. G., Pankreatitis im Zusammenhang mit Cholecystitis. (Experimentelle Untersuchuungen.) (Chir. Klin., Prof. Martynoff, Univ. Moskau.) (Verhandl. d. *16.* russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 624.) (Russisch.) **35**, 177.
Rufanow, I. G., Pankreatitiden. (Monographienserie d. med. Fak., I. Staatsuniv. Moskau. Liefg. III.) **35**, 332.
Sebening, Walter, Beiträge zur Klinik der akuten Pankreasnekrose.. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 16, S. 749—754.) **32**, 377.
Stevens, Albert M., Mumps of the pancreas. Report of four cases in children. (Dep. of dis. of childr., Columbia univ., New York.) (Arch. of pediatr. Bd. **42**, Nr. 5, S. 333—335.) **32**, 896.
Toland, Clarence G., Acute pancreatitis. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 7, S. 870—873.) **32**, 895.
Tscherning, Rüdiger, Zur Klinik der Pankreasnekrose. (Augustahosp., Berlin.) (Arch. f. Verdauungskrankh. Bd. **35**, H. 1/2, S. 103—107.) **33**, 252.
Walzel, Die postoperative Pankreasnekrose. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 706.
Weber, Beitrag zur akuten Cholecystitis mit Pankreasfettgewebsnekrose. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 94—100.) **32**, 378.

Pankreassteine.

Hartman, Howard R., Pancreatic lithiasis. (Sect. on med., Mayo clin., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 6, S. 956—959.) **34**, 800.

Juaristi und Arraiza, Lithiasis und Pankreas. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 166, S. 433—441.) (Spanisch.) 33, 917.
Seeger, Stanley J., Pancreatic lithiasis. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 841—846.) 32, 379.

Nichtparasitäre Pankreascysten.

Cascão de Anciães, J. H., Ein Fall von Cyste der Bauchspeicheldrüse. (Lisboa méd. Jg. 2, Nr. 4, S. 198—211.) (Portugiesisch.) 32, 895.
Cieza Rodríguez, M., Cystische Pankreastumoren. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 53, S. 1677—1680.) (Spanisch.) *
Escudero, P., H. Malter Terrada und M. Miranda Gallino, Cystische Tumoren des Pankreaskopfes. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 264—272.) (Spanisch.) 35, 587.
Ginzburg, I., Zur Frage der traumatischen Pankreascysten. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Baku, Prof. Finkelstein.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 9, S. 773—776.) (Russisch.) *
Limberg, B., Zur Frage über nichtparasitäre Pankreas-, Leber- und Nierencysten. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 660—671.) (Russisch.) *
McWhorter, Golder Lewis, Cysts of the pancreas. (Rush med. coll., univ., Chicago.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 619—632.) 33, 599.
Nikolajev, A., Eine hämorrhagische Cyste der Bauchspeicheldrüse. (Bezirkskrankenh., Krasnijkut.) (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. 6, Nr. 10/12, S. 69—73.) (Russisch.) *
Roth, Henry, Cysts of the pancreas. With a report of two cases. (Americ. journ. of surg. Bd. 89, Nr. 11, S. 257—261.) *
Smirnov, S., Zur Frage über die Pankreascysten. (2. Kriegslaz., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 82—90.) (Russisch.) 38, 467.
Vandeventer, H., Cysts of the pancreas with report of a case. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 11, S. 586—588.) *

Echinokokkus des Pankreas und andere Parasiten.

Auvray, Kystes hydatiques du pancréas. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 84, S. 1364—1366.) 33, 918.
Sabrazès, J., A. Parcelier et H. Bonnin, Lombricose du canal de Wirsung. Pancréatite hémorragique. (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 5, S. 385 bis 412. 34, 799.
Znamenskij, N., Echinokokkus des Pankreas. (Klin. f. inn. Krankh., Ekaterinoslav.) (Kliniceskaja medicina Bd. 8, Nr. 7, S. 221—223.) (Russisch.) 37, 197.

Pankreasgeschwülste.

Buckstein, Jacob, Tumor of the body of the pancreas. (Radiographic dep., Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 14, S. 1061.) *
Carling, E. Rock, and J. A. Braxton Hicks, A consideration of two cases of cystadenoma of the pancreas, and their probable relationship to polycystic conditions found in other vicera. (Laborat., Westminster hosp., London.) (Brit. journ. of surg. Bd. 18, Nr. 50, S. 238—246.) 33, 599.
Hadfield, Geoffrey, Juxta-ampullary carcinoma of Wirsung's duct. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 444—449.) *
Lang, F. J., Über einige Geschwulstbildungen des Pankreas. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Innsbruck.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 235—248.) 33, 918.
Marxer, H., Über das Pankreassarkom. (Städt. Krankenh. Charlottenburg-Westend.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 185, H. 3/4, S. 606—628.) 32, 114.
Metzler, Franz, Ein Fall von Cystadenom des Pankreas. (Pathol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 184, H. 4, S. 772—779.) 32, 113.
Pringle, Seton, Cyst-adenoma of pancreas: Complete removal. (Brit. journ. of surg. Bd. 18, Nr. 49, S. 180—183.) *
Sisto, Pietro, La diagnosi precoce del cancro primitivo del duodeno e del pancreas. (Istit. di patol. spec. med. dimostr., univ., Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 37—39.) *
Springer, Ernest, New growths involving the terminal bile and pancreatic ducts. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 21, S. 997—1000.) 32, 420.
Yoshida, Misuri, Zwei Fälle von primärem Pankreascarcinom: Ein Beitrag zur klinischen und histologischen Kenntnis. (Chir. Klin., Univ. Okayama.) (Okayama-Igakkai-Zasshi Jg. 1925, Nr. 430, S. 1140—1167 u. dtsch. Zusammenfassung S. 1168 bis 1170.) (Japanisch.) 35, 910.

Milz.

Übersichtsreferat.

Von

F. Bode, Homburg v. d. H.

1. *Anatomie.*

Rein anatomische Arbeiten über die Milz mit Beziehungen zur Chirurgie sind im Berichtszeitraum nur auffallend wenige erschienen. Thoma (1924) sucht die alte Streitfrage zu entscheiden, ob das Blut in der Milz in offenen oder geschlossenen Gefäßen fließt, und kommt zu dem Ergebnis, daß der Blutstrom sich in völlig geschlossenen Bahnen innerhalb der Milz bewegt. Die mit Endothel ausgestatteten Wände der Ampullen und Capillaren erscheinen nur für das Blutplasma durchlässig, dagegen können die einzelnen Blutkörperchen die Wandungen der kleinen Milzvenen mit ihren zahlreichen vorgebildeten Öffnungen bequem passieren. Hieraus erklärt sich die Anfüllung aller Pulpamaschen mit Blutkörperchen, wenn eine venöse Stauung in der Milz vorhanden ist. Banaitiss fand bei seinen anatomischen Untersuchungen an der Leiche, daß Gefäßanastomosen innerhalb der Milz selten sind, und die Gefäße in ihrer Hauptmasse in der medialen Fläche der Milz verlaufen, während die laterale Hälfte des Organs von größeren Gefäßen in der Regel frei bleibt, Ssosen-Jareschewitsch (1924) hat sich eingehend mit der topographischen Anatomie der Milzgegend beschäftigt und die Lage des Organs in seinen vielfachen Varietäten sowohl beim Gesunden als beim Kranken bestimmt. Heeres und Ruschen (1924) fassen die auch im normalen Körper festgestellten Formveränderungen der Erythrocyten, sobald sie in Kontakt mit dem Objektträger kommen, bereits als ein Frühstadium oder Einleitung einer Hämolyse auf, und Mayr und Moncorps (1925) bringen das Auftreten von eosinophilen Zellen mit gewissen Partialfunktionen der Milz in Zusammenhang, und versuchen bei einer Anzahl von Dermatosen, die mit Eosinophilie einhergehen, einen Teil der Hautsymptome mit innersekretorischen Störungen, die ihr Zentrum in der Milz haben, zu erklären. Christeller und Puskeppelies (1924) beschreiben bei verschiedenen Grundkrankheiten (Lebercirrhose, Pfortaderthrombose, Carcinom-Metastasen der Leber, Splenomegalie, hämorrhagischer Ikterus u. a.) eigentümliche makroskopisch sichtbare Ablagerungen von gelbem Pigment (Eisen- und Kalksalze), deren Sitz genau an den Verlauf der Gefäße gebunden ist, Mikroskopisch fanden sich dabei herdförmig begrenzte degenerative Veränderungen in der Intima der kleinen Arterienäste, die die Ursache zu kleinen Blutungen und zu den Pigmentierungen abgeben sollen. Ein derartiger Befund dürfte jedoch nicht für die genannten Krankheiten charakteristisch sein, wohl aber mit ihm für eine Stauung im Pfortadergebiet sprechen, die als unerläßliche Vorbedingung für die Entstehung der genannten Veränderungen anzusehen ist.

2. *Röntgenstrahlenwirkung auf die Milz.*

Shichida (1924) hat die Angaben Stephans über die Förderung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes durch Röntgenbestrahlungen der Milz nachgeprüft und erhielt bessere Resultate bei Bestrahlungen der Leber als bei derjenigen der Milz. Er kann deshalb die Milz nicht als ein regulatorisches Zentrum für die Blutgerinnung anerkennen und empfiehlt deswegen bei Patienten mit hämorrhagischer Diathese 5—10 Stunden vor einem chirurgischen Eingriff zwecks Einschränkung der Blutung eine Leberbestrahlung vorzunehmen. Bernard (1924) kommt auf Grund zahlreicher Nachuntersuchungen unter den verschiedensten Versuchsanordnungen zu dem Ergebnis, daß die Milz nicht als Zentralorgan der Blutgerinnung anzusprechen ist, da Entmilzte die gleichen Resultate zeigen wie Nichtentmilzte, und da außerdem die Röntgenbestrahlung be-

züglich der Blutgerinnungszeit auf die Menschen zum Teil verkürzend, zum Teil verzögernd, zum Teil überhaupt nicht wirkt. Es kann also die Röntgenreizbestrahlung der Milz zur Herabsetzung einer Blutungsgefahr bei und nach Operationen nur in solchen Fällen mit Aussicht auf Erfolg Anwendung finden, wenn zuvor bereits festgestellt wurde, daß die betreffenden Patienten zu denjenigen Menschen gehören, die in günstiger Weise auf diese Behandlungsart reagieren. Entgegen dieser Auffassung lobt Meier (1924) die Röntgenbestrahlung der Milz als ein viel zu wenig gewürdigtes Mittel gegen Blutungen und schlägt vor, von diesen guten Verfahren auch bei Darmblutungen infolge von Typhus, bei Blutungen der Harnwege, bei Melaena neotanorum evtl. auch bei Gehirn- und Meningealblutungen Gebrauch machen zu sollen. In diesem Zusammenhang soll noch eine Mitteilung von Porteous (1924) Erwähnung finden, der günstige Erfolge in einigen Fällen bei der Behandlung von Blutungs- und anderen Anämien mit oraler Darreichung von Milzknochenmarkextrakten nach Leake gesehen haben will, während bei anderen Fällen eine Besserung ausblieb, vielleicht dadurch, daß die Extrakte durch zu lange Aufbewahrung unwirksam geworden waren.

3. *Trauma, Spontanruptur, Aneurysma, Thrombose.*

Eine Anzahl von Arbeiten beschäftigen sich mit den traumatischen Rupturen der Milz. Pfeiffer, Damon und Smyth (1924) haben als wesentliches Spätsymptom nach Milzexstirpation wegen subcutaner Verletzung das Bestehenbleiben einer mehr oder weniger ausgesprochenen Anämie nachweisen können, und verlangen wegen der nachteiligen Wirkung auf den Gesamtorganismus die Anämie evtl. mit Extrakten aus der Milz oder dem Knochenmark, mit subcutanen oder intravenösen Eiseninjektionen oder mit Bluttransfusionen zu behandeln. Nach Zeller (1924) soll man bei vorliegender Milzverletzung so konservativ wie möglich vorgehen und stark blutende Milzrisse durch Naht und Aufpflanzung von Netz zu versorgen trachten, anstatt gleich das ganze Organ zu opfern. McCraken (1924) fand unter seinen zahlreichen in China beobachteten Fällen 50% durch Raufhändel verursacht mit 80% Heilungen, 30% Milzrupturen durch Tram- oder Autounfälle mit 50% Heilung, die übrigen durch Fall oder sonstige Unfälle bedingt. Stets war die Milz durch Malaria vergrößert. Die Gesamtmortalität betrug 42%. Diehl (1924) sah eine spontane Milzruptur am unteren Pol des Organs bei einer zum Tode führenden Sepsis nach Nackenkarbunkel. Capecci (1925) operierte ein Mädchen unter der Diagnose Tubenschwangerschaft und fand die stark vergrößerte Milz zerrissen. Wohl (1925) berichtet über ein gleiches Vorkommnis bei einer 32jährigen Frau, die aus völliger Gesundheit mit Leibschmerzen und Diarrhöe plötzlich erkrankte. Bei der Operation zeigte sich die Kapsel der rupturierten Milz verdickt und hyalin verändert. Verf. glaubt, daß es sich bei dem Fall um eine besonders frühzeitige einsetzende Alterserscheinung der Milz gehandelt habe. Auffallenderweise ist das Durchschnittsalter aller bisher mitgeteilten Fälle von Spontanruptur überhaupt ein sehr niedriges und beträgt nur 37,6 Jahre. Hansell (1925) sieht in einem heftigen in die linke Schulter und den linken Arm ausstrahlenden Schmerz bei sonstigen Symptomen einer inneren Blutung einen Hinweis auf das Vorliegen einer Milzruptur, die gar nicht so selten auch bei anscheinend ganz gesunden Menschen vorkommt, ohne daß sich klinisch das Vorhandensein irgendeiner Erkrankung an der Milz nachweisen läßt.

Nach einer Mitteilung Cislers braucht eine Blutung bei einer Milzruptur keineswegs gleich sofort aufzutreten und klinisch Erscheinungen der inneren Verblutung zu machen, sondern es kann auch zu Spätblutungen kommen dadurch, daß zuerst nur eine subkapsuläre Verletzung der Milz mit allmählich zunehmendem Hämatom entsteht, bis später durch irgendwelchen Umstand die Kapsel einreißt und die bedrohliche Blutung erfolgt. Deswegen ist eine genaue Beobachtung aller Patienten mit Verdacht auf eine Milzruptur für die nächsten 2—3 Wochen nach dem Unfall mindestens notwendig. Alexander (1924) und Trömner (1925) sahen Spontanrupturen der Milz bei der Impf-

malaria zur Behandlung der Paralyse. Die Entstehung der Ruptur wird — da ein Trauma mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte — entweder auf eine akute Schwellung des Milzgewebes mit sekundärer Kapselzerreißung, oder auf eine primäre Pulpablutung mit Durchbruch der unelastischen Kapsel infolge der Malariaimpfung zurückgeführt, und zur Vermeidung derartiger Ereignisse statt der intravenösen die subcutane Impfung empfohlen, um eine allzu rasche Überschwemmung des Körpers mit Plasmodien zu verhüten. Rudolf (1924) schätzt dagegen die Gefahren der Spontanruptur bei der Malariaimpfung nicht so schwer ein, da die Milz derartiger Kranken so wie so schon kleiner ist und vor allem eine ungewöhnliche Kombination mit fibrösem Gewebe infolge der meist vorhandenen luetischen Infektion aufweist.

Ricci (1924) sah als Nebenbefund bei einer Sektion ein Aneurysma der Milzarterie, die eine Länge von 45 cm und einen Umfang von 5,6 cm hatte. Der Verlauf war auffallend geschlängelt. Es hatten in diesem Falle schon lange Jahre vor dem Tode ständige sehr heftige Koliken im linken Oberbauch bestanden, die nicht erklärt werden konnten; eine Röntgenaufnahme hätte evtl. das stark arteriosklerotische Gefäß als Quelle der Beschwerden anzeigen können. Fitzwilliams (1924) operierte eine 27jährige Frau unter der Diagnose innerer Blutung durch Ulcusperforation oder Tubenabort, und fand später bei der Sektion als Quelle der starken freien Blutung eine stark gedrehte Milzarterie mit 3 verkalkten Aneurysmen, von denen das größte walnußstarke perforiert war. Schroeder (1924) hatte bei einer jungen Frau die Diagnose auf atypischen hämolytischen Ikterus mit großem Milztumor gestellt, und mußte wegen erheblicher Blutung aus dem Milzstiel auf die beabsichtigte Milzexstirpation verzichten. Die Sektion ergab ein starkes Aneurysma der Milzarterie mit einem Umfang von 4 cm, unmittelbar vor dem Hilus sogar von 8,4 cm. Eine Ursache für das Zustandekommen des Aneurysmas konnte nicht entdeckt werden, Lues war jedenfalls auszuschließen. Baumgarten und Thomas (1924) führen ebenfalls noch einen eigenen Fall von Aneurysma der Milzarterie an und stellen unter Erörterung von 40 in der Literatur veröffentlichten anderweitigen Beobachtungen fest, daß alle Fälle in einem Alter von 20—60 Jahren unter gleichmäßiger Verteilung auf das männliche und weibliche Geschlecht vorkamen. Viermal wurde auf ein vorhergegangenes Trauma verwiesen, und nur einmal war eine luetische Infektion sicher gestellt. Nur einmal war das Aneurysma richtig vorher diagnostiziert worden. Von 6 vorgenommenen Operationen führten 4 zur Heilung durch Exstirpation der Milz und des Aneurysmasackes. In 33 Fällen saß das Aneurysma am Hauptstamm der Arterie. Schmerzen wurden immer geklagt, die manchmal fast die Form schwerer Krämpfe annahmen. Außer diesen Schmerzen im Oberbauch sind für die Diagnose wichtig mehr oder weniger starke Blutungen im Intestinaltraktus, Milzvergrößerung, ein fühlbarer epigastrischer Tumor mit Schwirren und Anämie.

Dziembowski (1925) macht auf die Thrombose der Milzvene aufmerksam, die u. U. als Ätiologie für eine Splenomegalie in Betracht kommen kann. Die Symptome sind außerordentlich wechselnd, Blutungen mit sekundärer Anämie fehlen selten. Eine Diagnose ist oft sehr schwierig, die Prognose ist ernst, auch bei vorzunehmender Laporatomie und Entfernung der Milz. Von den 3 Fällen des Verf., die sämtlich operiert wurden, blieben 2 am Leben.

4. *Die Milzexstirpation und ihre Indikationen.*

Über die Indikationen der Milzexstirpation bei den verschiedenen Erkrankungen hat Weinert (1924) in einer außerordentlich verdienstvollen Arbeit Stellung genommen und vor der „kritiklosen Splenektomie" dringend gewarnt, denn die Milz hat im Blutzellenleben eine um so größere Bedeutung, je jünger das betreffende Individuum ist. Bei allen Entmilzten zeigen sich im Blut auch noch lange Zeit nach der Operation oder sogar dauernd ganz bestimmte Veränderungen im Blut, die im Auftreten von Kernresten in den roten Blutkörperchen (Jolly-Körper) bestehen, und auch gefunden wer-

den, wenn die Operierten sich völlig wohl fühlen. Auch Polycythämie und eine auffallende Vermehrung der Blutplättchen werden relativ häufig nach Milzexstirpation beobachtet. Beresow (1925) bezieht die Polycythämie und Splenektomie auf eine bestimmte hämolytische Funktion der Milz und glaubt, daß die Milz mittels eines im reticulo-endothelialen Apparat entstehenden Hormons auch die Blutbildung reguliert und als Drüse der inneren Sekretion wirkt.

Eine Neubildung von Milzgewebe nach Milzexstirpation erscheint auch bei Zurücklassung von kleinen Resten nicht wahrscheinlich, ebensowenig ein Angehen von ausgestreuten Milzzellen eines rupturierten Organs innerhalb der Bauchhöhle, wie Lee es beobachtet haben will. Wenn über dergleichen Neubildungen berichtet wird, so handelt es sich wohl nur um nachträgliche Vergrößerungen von zufällig schon vorher vorhanden gewesenen Nebenmilzen. Schönbauer und Sternberg (1924) konnten zudem im Versuch nachweisen, daß freie Milztransplantationen zwar anheilen, aber ausnahmsweise bereits nach kurzer Zeit wieder vollständig zugrunde gehen.

Im allgemeinen gehen die Ansichten dahin, daß beim hämolytischen Ikterus und der Bantischen Krankheit die besten Resultate durch Milzexstirpation erzielt werden. Herzen (1925) faßt seine Ansicht dahin zusammen, daß bei allen Stadien des Morbus Banti die Splenektomie indiziert ist, wenn keine sonstigen Kontraindikationen vorhanden sind, beim hämolytischen Ikterus ist die Indikation eine absolute. Letsch (1925) hält beim echten Banti Heilung durch Milzexstirpation für möglich, und hat auch beim angeborenen und erworbenen hämolytischen Ikterus gute Resultate gehabt. Cassarini (1924) konnte feststellen, daß beim Banti nach Entfernung der Milz nicht nur die krankhaften Veränderungen in der Leber völlig verschwinden, sondern auch die Funktionen einer zuvor schwer geschädigten Leber wieder ganz normal wurden. Bezüglich der Entstehung des Leidens bewertet Bell (1925) besonders voraufgegangene infektiöse akute Entzündungen im Körper (Tonsillitis, Influenza, Thrombophlebitis usw.), und glaubt durch eine wirksame Prophylaxe gegen diese Entzündungen der Entwicklung eines Banti vorbeugen zu können. Gioja (1925) hat bei einem schweren Banti im 3. Stadium die Splenektomie in Verbindung mit der Talmaschen Operation ausgeführt und eine vollkommene Heilung erzielt.

Die vielen Mißerfolge der Milzexstirpation bei der perniciösen Anämie haben nach Weinert (1924) wohl dazu geführt, daß die Operation hierbei kaum noch vorgenommen wird. Da es sich um eine typische „Systemerkrankung" handelt, kann die Ausschaltung der Milz als Krankheitsherd nicht in Betracht kommen. In ähnlicher Weise spricht sich Lotsch (1925) aus, Payne (1924) und Larrabee (1924) halten die Frage der Berechtigung einer Entmilzung bei der perniciösen Anämie aber noch für strittig, und Silvestrini (1924) hat im Beginn der Erkrankung gute Erfolge gesehen, in vorgeschrittenen Formen und bei schlechtem Allgemeinbefinden ist der Eingriff aber stets recht gefährlich. Ähnlich äußert sich auch Santoro (1924).

Auch bezüglich der Frage der Beeinflussung einer Leukämie durch Exstirpation der Milz stimmen die Ansichten der Autoren im allgemeinen dahin überein (Weinert 1924), daß der Eingriff als aussichtslos besser unterbleiben sollte, da die Weiterentwicklung leukämischen Gewebes auf die Dauer doch nicht aufgehalten werden kann. Jakovlejevic (1925) sah zwar bei 2 von ihm operierten Kranken deutliche Besserungen auftreten, und will deshalb die Splenektomie u. U. auch bei der Leukämie angewendet wissen, ebenso Arrillaga (1924) auf Grund von 3 eigenen sehr gebesserten Fällen.

Bei Lebercirrhose auf alkoholischer oder anderer Basis wird über mehrfache achtbare Erfolge berichtet durch Larrabee (1924), die aber wohl sehr wahrscheinlich nur mechanisch auf entlastender Wirkung beruhen, da die besten Resultate gerade bei den schwersten Fällen mit größten Milzen und schon bestehenden Störungen im Pfortaderkreislauf erzielt wurden. Ähnlich reagieren auf die Splenektomie auch die Fälle von Gauchezscher Krankheit. Deaver (1925) weist darauf hin, daß das meiste von der

Milz kommende Blut zum linken Leberlappen strömt, und daß cirrhotische Veränderungen und vorwiegende Beteiligung oft schon recht frühzeitig im linken Leberlappen gefunden würden, woraus sich ohne Zweifel gewisse Beziehungen zwischen Milz und Leber hinsichtlich des Zustandekommens gewisser Erkrankungen ergäben.

Die Polycythämie wird allgemein als Gegenindikation für eine Entfernung der Milz angesehen, Röntgenbestrahlung leistet in der Behandlung entschieden mehr. Dagegen wird übereinstimmend zugegeben, daß die Erfolge bei der essentiellen Thrombopenie recht ermutigend sind. Engel (1924) will aber streng die chronisch verlaufenden von den mehr akut auftretenden Formen unterschieden wissen. Die chronischen Fälle geben eine durchaus gut Prognose, die akuteren nicht. Engel glaubt, daß die mehr akut verlaufenden Fälle ätiologisch anders zu bewerten sind, auch konnte er bei diesen eigentümliche Knochenmarksveränderungen in Gestalt von Nekrosen in den Wirbelkörpern nachweisen. Für diese Formen empfiehlt es sich dringend, sie mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln, besonders Transfusionen usw., über das akute Stadium hinwegzubringen. Hartung (1925) verlor nach Splenektomie im akuten Stadium bei Purpura thromboplenica trotz guten Überstehens der in Lokalanästhesie ausgeführten Operation einen Patienten, und will im akuten Stadium auch als ultimum refugium keine Entmilzung mehr vornehmen, die in chronischen Fällen vorzügliche Resultate gibt.

5. *Operationstechnik.*

Für die Operationstechnik ist die Beherrschung der Blutung bei allen Operationen an der Milz, ganz besonders bei der Entfernung des oft sehr stark vergrößerten Organs ein außerordentliches wichtiges Moment. Bischoff (1924) empfiehlt zur leichteren Freilegung der Milzgefäße mit beiden hinter die Milz geschobenen Händen das Ligamentum phrenico-lienale zu zerreißen, dann die Milz mit dem Schwanzteil des Pankreas von der hinteren Bauchwand abzuschieben und nach rechts umzuschlagen. Bei derartigem Vorgehen fallen sofort die Milzgefäße ins Gesichtsfeld, zuerst die Vene, dann dicht darüber die Arterie. Auf Grund der Erfahrungen, daß nach Einspritzungen von Nebennierenpräparaten eine erhebliche Größenabnahme blutreicher Milzen eintritt, führte Huber (1924) die Milzexstirpation beim Morbus Banti nach subcutaner Adrenalininjektion so gut wie blutleer aus. Hess (1924) betont, daß die Kombination von Subrarenin mit Chloroform oder Äther zu bedrohlichen Herzerscheinungen führen könnte und rät zu allergrößter Vorsicht in dieser Beziehung. Um den verhältnismäßig großen Eingriff der Milzexstirpation zu vermeiden, schlägt Volkmann (1925) vor, zur Ausschaltung der Milzfunktion nur die Milzarterie zu unterbinden. Fusari (1924) beobachtete nach Enervation der Milz bei Hunden eine 20—30 Tage anhaltende Leukocystosis, Vermehrung der Erythrocyten und Sinken des Hämoglobingehaltes, dabei fand sich histologisch eine Verringerung der Follikel nebst Verdickung ihrer Randzone, eine Erweiterung der Lacunae vasculares und der Gefäße und eine Vermehrung des Bindegewebes.

Die operativen Zugänge zur Milz wurden eingehend von Ssosen-Jareschewitsch (1924) behandelt, der 3 große Gruppen der chirurgischen Wege zur Milzgegend unterscheidet: die einfache Laparotomie, die Thorakolaparotomie und die transdiaphragmatische. Die Medianschnitte und ihre Modifikationen eignen sich am besten bei unklarer Diagnose. Die Thorakolaparotomie wird besonders für starke Verwachsungen, und die transpleurale Methode für gleichzeitige Pleuraverletzung empfohlen. Auch Prat hat in einer Arbeit: „Chirurgie der Milz- und Zwerchfellnische“ sich eingehend mit den verschiedenen Schnitten zur Freilegung und Exstirpation der Milz beschäftigt.

6. *Malaria und Milzabscesse.*

Nasareff (1925) hat 2mal wegen Malaria die Splenektomie gemacht, und zwar hauptsächlich wegen starker Belästigung der Kranken durch die außerordentlich großen

und sehr beweglichen Milzen. Krassin (1924) nimmt einen ähnlichen Standpunkt ein, und will nur dann bei malarischen Wandermilzen chirurgisch eingreifen, wenn ihre Dislokation so weit vorgeschritten ist, daß der obere Milzpol und der Rippenbogen sich einander decken. Bei wenig beweglichen Milzen und starken Beschwerden soll oft schon eine einfache Probelaparotomie eine gewisse Besserung bringen. Teoderescu (1924) erlebte nach der Entfernung einer traumatisch rupturierten Malariamilz ein typisches Aufflackern der Malaria, wobei er 8 Tage lang bei Anstieg der Temperatur auch Plasmodien im Blute nachzuweisen in der Lage war. Auf Chinindarreichung gingen die Temperaturen rasch und dauernd zurück. Giordane (1925) entfernte wegen sehr großer Schmerzen eine beträchtlich vergrößerte Malariamilz mit hoher Eiweißausscheidung, doch erreichte er erst nach Dekortikation beider Nieren einen Rückgang des Eiweißgehaltes auf 1,5%. Im allgemeinen ist man der Malariamilz gegenüber sehr zurückhaltend geworden. Cignozzi (1925), der als Chirurg lange Jahre in einer ausgesprochenen Malariagegend tätig ist, macht aus seinen reichen Erfahrungen auf die vielfachen Wechselbeziehungen zwischen Malaria und Chirurgie aufmerksam. Er fand sehr häufig große Malariamilzen bei Appendicitis, und glaubt, daß die mechanische Behinderung der verschiedenen Bauchorgane durch die große Milz oft Ursache wird für andere Erkrankungen. So fiel ihm bei den Appendixoperationen in Kombination mit großen Malariamilzen stets auf, daß der Wurmfortsatz auffallend erweitert war. Auch das häufige Vorkommen von Gallensteinen in Gemeinschaft mit Malariamilzen größeren Umfanges führt er auf mechanische Stauungen zurück. Außerdem sei bei Malaria das Vorkommen von Leberveränderungen fast die Regel, und dadurch entstünden Störungen in der Gallenbildung mit leichterer Disposition zur Steinbildung beim Hinzutreten von pathogenen Infektionen. Überhaupt soll beim Malariakranken die Bildung von Gallensteinen rascher vor sich gehen als bei anderen Infektionen. Malariaparasiten im Punktat der Milz werden nach Teljatnikoff nur dann gefunden, wenn sie auch im peripheren Blut nachweisbar waren.

Dziembawski (1925) beschreibt einen durch Milzexstirpation geheilten Fall von Sepsis nach Fehlgeburt und sucht den Erfolg dadurch zu erklären, daß die Splenektomie zu einer Funktionssteigerung des Knochenmarks und somit zur Erhöhung der Widerstandsfähigkeit des Körpers geführt habe. Mehrfach wird über sequestrierende Milzabscesse berichtet, die sich häufig an Traumen, die die Milzgegend treffen, anschließen sollen. Die Mehrzahl der sequestrierenden Milzabscesse geht nach Scheyer (1924) in der Regel aus Milzinfarkten hervor, die meistens embolischer, nur selten thrombotischer Natur sind. Die zum Milzabsceß führenden Embolien können so klein sein, daß sie den Lungenkreislauf passieren. Bei den Probepunktionen, die beim Milzabsceßverdacht nur vorgenommen werden sollen, wenn die Operation sofort angeschlossen werden kann, erhält man oft mit typischem Detritus vermischten Eiter. Die Totalexstirpation der Milz kommt beim Milzabsceß nur selten in Frage, nach Zeller (1924) nur, wenn die Milz ohne Verwachsungen leicht im ganzen zu exstirpieren ist und eine Totalnekrose vorliegt. Für die Operation selbst sind im einzelnen die lokalen Verhältnisse maßgebend. Zeller eröffnete einen großen Absceß von einem Thoraxfenster durch das Zwerchfell hindurch, und Propping (1924) mußte von einem Lumbalschnitt aus auf die Milz eingehen.

7. *Geschwülste.*

Hämangiome der Milz sind sehr seltene Vorkommnisse. Steden (1924) berichtet über die operative Entfernung eines 4125 g schweren Hämangioms der Milz mit Ausgang in Heilung. Näher (1925) teilt einen ähnlichen Fall mit, der aber an den Folgen eines postoperativen Ileus zum Exitus kam. In einer zusammenhängenden Arbeit behandelt Moynihan (1925) die Blutcysten der Milz, die er in wahre und falsche nach ihrer Genese unterscheidet. Birman (1924) konnte mit Erfolg bei Fehlen von Drüsen und

anderen Metastasen unter Mitnahme eines Teiles der ergriffenen Leber und des Magens ein primäres Milzsarkom exstirpieren. Von 13 wegen Sarkom-Splenektomien starben 4 im Anschluß an die Operation, 4 rezidivierten in allerkürzester Zeit, 2 blieben einige Jahre geheilt und über die übrigen 3 Fälle fehlen weitere Nachrichten, so daß also die bisherigen Heilungsresultate bei der chirurgischen Behandlung der Milzsarkome nicht als günstig zu bezeichnen sind. Scott (1924) stellte bei einer 50jährigen Frau einen Tumor mit ziemlicher Verkalkung im Milzstiel fest, den er nur durch Splenektomie entfernen konnte. Bei der späteren Untersuchung war der Tumor von Haaren und Talg angefüllt, und zeigte in seiner Wandung sehr stark verkalktes Bindegewebe. Es handelte sich demnach um ein sehr selten vorkommendes Dermoid dieser Gegend.

8. *Echinokokkus und Tuberkulose der Milz.*

Etwa 2 % aller überhaupt vorkommenden Echinokokkenfälle sind in der Milz lokalisiert, die Verbreitung im Körper erfolgt aller Wahrscheinlichkeit nach nur auf dem Blutweg. Mills (1924) bearbeitete den Milzechinokokkus in einer besonderen Abhandlung und teilt 4 eigene Fälle mit, die ganz isoliert die Milz betrafen. Er unterscheidet Fälle mit zentralem, corticalem und juxtalienalem Sitz. Moynihan (1925) will bei Milzechinokokkus nur dann die Splenektomie anwenden, wenn die Cyste zentral sitzt, bei peripheren oder mehr neben der Milz entwickelten Cysten hält er die Marsupialisation für das bessere und weniger gefährliche Verfahren. Nach Cavina (1925) kommen in der Regel nur uniloculäre Cysten in der Milz vor.

Peck (1924) exstirpierte eine stark vergrößerte Milz, in deren unterem Pol sich eine große etwa 11 cm im Durchmesser haltende Cyste mit grauweißlichem Inhalt befand. Zu gleicher Zeit bestanden bei dem Patienten tuberkulöse Hals- und Cervicaldrüsen. Der Inhalt der Milzcyste ließ zwar typische Tuberkulose nicht erkennen, aber ein mit derselben geimpftes Meerschweinchen ging 4 Wochen später an deutlicher Miliartuberkulose zugrunde, so daß wohl kein Zweifel an der tuberkulösen Natur der Milzerkrankung bestehen kann.

Anatomie, Physiologie und Pathologie der Milz.

Barcroft, Joseph, Recent knowledge of the spleen. (Lancet Bd. 208, Nr. 7, S. 319 bis 322.) **32**, 203.

Beresoff, E. L., Die Veränderungen des Blutbildes nach Splenektomie im Zusammenhang mit der blutbildenden Funktion der Milz. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr. Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 643.) (Russisch.) **35**, 181.

Beresov, E., Von den Funktionen der Milz. Beiträge zur Lehre von der Rolle der Milz bei der Blutbildung. (Propädeut. chir. Klin. u. Inst. f. Geschwulstbehandlung, I. Staatsuniv., Moskau.) (Monographie. Verl. d. I. Moskauer Staatsuniversität. Bd. 1. 128 S. Rbl. 1.60.) (Russisch.) **38**, 50.

Beresov, I., Die Veränderung des Blutbildes nach Splenektomie im Zusammenhang mit der blutbildenden Funktion der Milz. (Chir. Sammelh. d. propädet. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen, H. 2, S. 182 bis 189.) (Russisch.) **35**, 54.

Beresov, I., und L. Nissnjevič, Die Veränderungen des weißen Blutbildes bei Hunden nach Splenektomie. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen H. 2, S. 189—202.) **35**, 334.

Bolaffi, Aldo, La milza considerata nei suoi rapporti con la funzione emopoietica. (Istit. di clin. med., univ., Pisa.) (Arch. di patol. e clin. med. Bd. 4, H. 1, S. 1—30.) *

Dziembowski, Zygmunt, Die primäre Thrombose der Milzvene im Lichte neuer Untersuchungen. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 30—42.) (Polnisch.) **38**, 600.

Herzen, P., Über die Milz und ihre Funktionen. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv. H. 2, S. 148—170.) **35**, 52.

Jordan, H. E., and C. C. Speidel, Studies on lymphocytes. IV. Further observations upon the hemopoietic effects of splenectomy in frogs. (Dep. of histol. a. embryol., univ. of Virginia med. school., Charlottesville.) (Journ. of morphol. a. physiol. Bd. 40, Nr. 3, S. 461—477.) *

Leotta, N., Contributo alla chirurgia e fisiologia della milza: Alterazioni ematologiche e del metabolismo basale determinate dalla splenectomia. (Istit. di clin. chir., univ., Bari.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 11, S. 1144—1156.) **37**, 829.

Mole, R. Howard, Observations on the blood cells of the rabbit after splenectomy. (Thompson Yates laborat., univ., Liverpool.) (Journ. of pathol. a. bacteriol. Bd. 28, Nr. 4, S. 637—644.) **34**, 731.

Roese, Gertrud, Über den Einfluß der Milzexstirpation auf das rote Blutbild. (Med. Klin., Univ. Marburg.) (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. **102**, H. 4/5, S. 454—469.) *

Schoenbauer, L., and H. Sternberg, The problem of complete spleen regeneration. (Embryol. inst. a. I. surg. clin., Vienna.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 776—777.) **32**, 379.

Skramlik, Emil v., und Manuel Durán-Cao, Über die Beziehungen des Vagus zum Sympathicus bei der Milz. (Physiol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **45**, H. 3/4, S. 460—474.) **32**, 877.

Tjurikoff, M. W., Der Einfluß des Adrenalins und der Milzexstirpation auf die Morphologie des Blutes. (Chir. Klin., Prof. Oppel, milit.-med. Akad., Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 637.) (Russisch.) **35**, 163.

Tjurikoff, M. W., Über die Wirkung des Adrenalins und der Milzexstirpation auf die Morphologie des Blutes. (Laborat., Marinehosp., Kronstadt, Dir. W. W. Janowskij.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. **1**, S. 138—142.) (Russisch.) **35**, 334.

Milzrupturen.

Campbell, W., Notes on a case of spontaneous rupture of the spleen in Malaria. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. **44**, Nr. 6, S. 457—459.) *

Capecchi, Egisto, Un caso di rottura spontanea della milza. (Osp. civ., Cesenatico.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 19, S. 665—667.) **32**, 204.

Hansell, H. S., Spontaneous rupture of the spleen. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 4, S. 598 bis 602.) **33**, 600.

Havlicek, Hans, Ein operativ geheilter Fall von Pankreas-Milzruptur und einige Bemerkungen über den Schulter-Armschmerz. (Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch, Dresden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 35, S. 1967—1972.) **33**, 249.

Jackson, Theron S., Rupture of the spleen with report of an unusual case. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 3, S. 331—332.) *

Mijušković, J., Ein seltener Fall von Milzruptur. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 12, S. 714—716) (Serbo-kroatisch.) *

Trömner, Ernst, und Hans Baltzer, Spontanruptur der Milz bei Impfmalaria. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 45, S. 2159 bis 2160.) **33**, 754.

Wohl, Michael G., Spontaneous rupture of the spleen. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 246—249.) **33**, 69.

Allgemeines über Milzchirurgie.

Bevan, Arthur Dean, Surgery of the spleen. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 4, S. 895—909.) **33**, 348.

Brozosowski, A. G., Die vorläufige Ligatur der A. lienalis als Verfahren für Einschränkung des Blutverlusts bei Splenektomien. (Chir. Univ.-Klin., Astrachan.) (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 643.) (Russisch.) **35**, 407.

Deaver, John B., Some indications for splenectomy. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 11, S. 641—643.) **34**, 380.

Dziembowski, Z., Die Milzexstirpation bei Sepsis. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 4, S. 73—75.) (Polnisch.) **35**, 182.

Escudero, Pedro, und Ernesto V. Merlo, Die Splenektomie bei der Behandlung der Endocarditis lenta. (Hosp. nac. de clin., Buenos Aires.) Rev. de la soc. de med. interna Bd. **1**, Nr. 7, S. 361—364.) (Spanisch.) **37**, 684.

Givia, C. di, Sul processo di riparazione delle ferite della milza: ricerche sperimentale. (Palermo: Scuola tip. Boccone del povere. 34 S.) *

Grigorjev, T., Zur Chirurgie der Milz. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 199—212.) (Russisch.) **38**, 530.

Leotta, N., Contributo alla chirurgia e fisiologia della milza: Alterazioni ematologiche e del metabolismo basale determinate dalla splenectomia. (Istit. di clin. chir., univ., Bari.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 11, S. 1144—1156.) **37**, 829.

Loesch, J., L. J. Witts and A. Zimmermann, Exstirpation and exclusion of the spleen. I. Changes in blood platelets and blood volume. (Physiatr. inst., Morristown, N. J.) (Journ. of metabolic research Bd. **6**, Nr. 1/6, S. 297—338.) *

Loesch, J., and L. J. Witts, Exstirpation and exclusion of the spleen. II. Changes in the tissues. (Physiatr. inst., Morristown, N. J.) (Journ. of metabolic research Bd. 6, Nr. 1/6, S. 339—367.) *

Loesch, J., and L. J. Witts, Exstirpation and exclusion of the spleen. III. Changes in platelet structure. (Physiatr. inst., Morristown, N. J.) (Journ. of metabolic research Bd. 6, Nr. 1/6, S. 369—373.) *

Lotsch, Fritz, Indikationen und Erfolge der Milzexstirpation. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 25, S. 1216—1221.) 33, 348.

Okinsčwic, A. I., Zur Chirurgie der Milz. (Chir. Klin., Univ. Baku.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 640.) (Russisch.) 35, 182.

Sakamoto, Osamu, Über die Veränderung des Thymus nach der Splenektomie. (Pathol. Inst., med. Univ. Nagoya.) (14. wiss. Jahresvers., Osaka, Sitzg. v. 4. bis 6. IV. 1924.) (Transact. of the Japan. pathol. soc. Bd. 14, S. 62.) *

Schoenbauer, L., and H. Sternberg, The problem of complete spleen regeneration (Embryol. inst. a. I. surg. clin., Vienna.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 776—777.) 32, 379.

Simici, D., et D. Popesco, Considérations sur le suc duodénal d'un malade splénectomisé avec quelques remarques sur la biligénie. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Jg. 7, Nr. 2, S. 21—25.) *

Zavadskij, I. W., Splenektomie bei Sepsis lenta. (Med. Klin., Univ. Rostov a. D., Dir. Prof. Zavadskij.) (Russkaja klinika Bd. 4, Nr. 20, S. 875—885.) (Russisch.) 36, 469.

Wandermilz und Milztorsion.

Sen, J. N., An enlarged wandering spleen mistaken for an ovarian tumour. Splenectomy and recovery. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 12, S. 576—577.) *

Sutton jr., John E., Wandering spleen with torsion of its pedicle. (II. Surg. div., Bellevue hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 239—245.) 33, 69.

Milzveränderungen bei Blutkrankheiten (Bantische Krankheit, Anaemia splenica und hämolytischer Ikterus).

Bell, Leo Pecci, The pre-operative preparation and surgical treatment of chronic splenic anemia (Banti's disease). (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 10, S. 1288 bis 1293.) 33, 754.

Bodansky, Meyer, Henry C. Hartman and John D. Gleckler, The effect of splenectomy in experimental anemia. (Laborat. of biol. chem. a. dep. of pathol., univ. of Texas, Galveston.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 2, S. 203—209.) 31, 627.

Brandberg, R., A contribution to the knowledge of the results of splenectomy in the so-called Banti's disease. (Surg. clin., anat.-histol. dep., pathol. inst., univ., Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 4/5, S. 335—368.) 33, 601.

Campbell, J. M. H., and E. C. Warner, The results of splenectomy for acholuric jaundice, especially the changes in the fragility of the red blood corpuscles. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 4, S. 432—446.) 33, 755.

Castellani, Augusto, Un caso di Morbo di Banti curato con la splenocleisi aela Schiassi. (Pesaro: Tip. Nobili 1925. 7 S.) *

Chauffard, A., et Pierre Duval, Purpura hémorragique chronique guéri par la splénectomie. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 57, S. 961—962.) *

Clopton, Malvern B., Splenectomy for purpura hemorrhagica. (Surg. dep., Washington univ., med. school, St. Louis.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 413—420.) 33, 530.

Cowen, S. O., Splenectomy in acute essential thrombocytopenic (haemorrhagic) purpura. (Walter a. Eliza Hall inst., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 10, S. 279—283.) 33, 531.

Diehl, K., und Fr. Wohlwill, Ein Beitrag zur Lehre vom hämolytischen Ikterus. (Dtsch. Heilst., Davos.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. 38, H. 3, S. 321 bis 343.) 32, 896.

Erdmann, John F., Enlarged hypertrophied spleen (Hodgkin's ?). (Surg. chir. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 361—369.) *

Escudero, Pedro, Auffassung der Bantischen Krankheit. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Bd. 1925, S. 156—162.) (Spanisch.) *

Farley, David L., Purpura hemorrhagica (thrombocytopenic purpura) with report of a case with splenectomy. (Surg. serv., Pennsylvania hosp., Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 170, Nr. 1, S. 10—22.) 34, 380.

Giffin, H. Z., Splenectomy in cases of purpura haemorrhagica. (Minnesota med. 8, S. 207.) **33**, 532.

Giffin, Herbert Z., Four cases of hemorrhagic purpura with splenectomy. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1153—1161.) **31**, 765.

Giffin, Herbert Z., and Jackson K. Holloway, A review of twenty-eight cases of purpura hemorrhagica in which splenectomy was performed. (Div. of med., Mayo clin., Rochester.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. **170**, Nr. **2**, S. 186 bis 204.) **32**, 897.

Gioja, Edoardo, Über Splenektomie, verbunden mit Epiplopexie zur Heilung von Splenomegalien mit hepatischen Sekundärerscheinungen. (Chir. Univ.-Klin., Pavia.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 13, S. 524—525.) **32**, 203.

Hanrahan jr., Edward M., Splenic anemia. A study of end-results with and without splenectomy, based on thirty-five cases. (Dep. of surg., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 2, S. 639—698.) **31**, 765.

Hanrahan jr., Edward M., Splenic blood disorders. A surgical classification with reference to splenectomy. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 906—910.) **33**, 348.

Harttung, H., Beitrag zur Milzexstirpation bei Purpura thrombopenica im akuten Stadium. (Knappschafts-Krankenh., Eisleben.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 91—94.) **32**, 380.

Herzen, P., Zur chirurgischen Behandlung des hämolytischen Ikterus. (Russkaja klinika Bd. **3**, Nr. 9, S. 63—73.) (Russisch.) **33**, 221.

Herzen, P., Die Chirurgie einiger Formen von Splenomegalie. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv. H. 2, S. 175—182.) (Russisch.) **35**, 334.

Jakovljević, V., Splenektomie und die myelogene Leukämie. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. **4**, S. 183—188.) (Serbokroatisch.) **32**, 897.

Kibardin, P. P., Zur Frage über die Splenektomie bei Morbus Banti. (Nowo Nikolajewsk Krankenh. d. Eisenbahn, Tomsk). (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 6, S. 148 bis 149.) (Russisch.) *

Leech, Frank, Splenomegaly, with report of a case of splenic anemia of the Banti type in a child of five years. (Ann. of clin. med. Bd. **4**, Nr. 1, S. 73 bis 79.) **34**, 731.

Lemann, I. I., and Isidore Cohn, Splenectomy in purpura. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **77**, Nr. 7, S. 282—286.) **31**, 190.

Lissizyn, M. S., Morbus Banti im Zusammenhang mit einigen Daten über die Funktion der Milz. (Chir. Klin., Prof. Oppel, milit.-med. Akad., Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 639.) (Russisch.) **35**, 181.

Micheli, Ferdinando, Indicazioni di opera bilità nelle varie forme di splenomegalia. (XXXI. congr., soc. ital. di chir., Milano, 26.—29. X. 1924.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 6, S. 874—882.) *

Spackman, W. C., and F. P. Mackie, Gaucher's type of splenomegaly in a Mahratta village, with a case treated by splenectomy. (Indian. med. gaz. Bd. **60**, Nr. **2**, S. 69 bis 72.) *

Sutherland, G. A., and Bruce Williamson, The treatment of purpura haemorrhagica by splenectomy. (Lancet Bd. **208**, Nr. **7**, S. 323—327.) **32**, 204.

Vincent, Beth, Splenectomy in thrombopenie purpura hemorrhagica. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 5, S. 191—200.) *

Volkmann, Joh., Zur Unterbindung der Milzschlagader bei perniziöser Anämie. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **4**, S. 129 bis 130.) **31**, 628.

Malariamilz.

Campbell, W., Notes on a case of spontaneous rupture of the spleen in Malaria. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. **44**, Nr. 6, S. 457—459.) *

Cignozzi, Oreste, La grossa milza malarica nell'etiopatogenesi dell'appendicite. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 2, S. 32—34.) **32**, 295.

Giordano, Davide, Ablazione di grossa milza in un malarico che da alcuni anni era travagliato da febbre. (Osp. civ., Venezia.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 13, S. 296 bis 297.) **32**, 380.

Hanrahan jr., Edward M., Splenic blood disorders. A surgical classification with reference to splenectomy. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 906—910.) **33**, 348.

Nasaroff, N. N., Splenektomie wegen scharfer Achsenverdrehung der Malariamilz. (Propäd.-chir. Univ.-Klin., Saratow.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 420—424.) **34**, 380.

Trömner, Ernst, und Hans Baltzer, Spontanruptur der Milz bei Impfmalaria. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 45, S. 2159 bis 2160.) **33**, 754.

Milzvergrößerung verschiedenen Ursprungs und andere Milzkrankheiten, Tuberkulose, Syphilis, Absceß.

Cappelli, L., Le indicazioni della operabilità nelle varie forme di splenomegalia. (XXXI. congr., soc. ital. di chir., Milano, 26.—29. X. 1924.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 6, S. 882—891.) *

Herzen, P., Die Chirurgie einiger Formen von Splenomegalie. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. d. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv. H. 2, S. 175—182.) (Russisch.) **35**, 334.

Herzen, P. A., Die chirurgische Behandlung einiger Formen der Splenomegalie. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Herzen, Moskau.) (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 639.) (Russisch.) **35**, 181.

Korčiz, E., Zur Frage der Splenektomie bei Splenomegalie. (Krankenh., Samarkand.) (Turkestanskij medicinskij žurnal Jg. 4, Bd. 4, Nr. 6, S. 361—368.) (Russisch.) **35**,407.

Leonova, S. E., Ein Fall vom Milzabscess nach Flecktyphus. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Pensa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 606 bis 607.) (Russisch.) *

Périssé, Sully, Ein Fall von syphilitischer Milzvergrößerung und Ankylostomenerkrankung. (Brazil-med. Bd. 1, Nr. 26, S. 329—332.) (Portugiesisch.) *

Sedlezki, S., Milzabscesse nach Fleck- und Rückfallfieber. (Chir. Univ.-Klin., Univ. Sinferopol, Krim.) (Krimski medicinski archiv Jg. **2**, Bd. 1, Nr. 2, S. 449—459.) (Russisch.) **37**, 831.

Stern, E., Durchbruch eines Lienalabscesses durch die äußere Abdominalwand. (Arch. f. Schiffs- u. Tropenhyg. Bd. **29**, H. 1, S. 44—46.) *

Székely, L., Mit Erfolg exstirpierter Fall von Riesenmilz bei einem zwölfjährigen Mädchen. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) **34**, 380.

Echinokokken der Milz, Ascaridiasis.

Boyd, Douglas, Echinococcus cyst of the spleen. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 13, S. 591—593.) *

Cavina, Giovanni, Splenectomia per cisti da echinococco con cenni statistici sull'echinococco splenico in Italia. (Osp. magg., Bologna.) (Arch. ital. di chir. Bd. **14**, H. 1, S. 1—40.) **33**, 601.

Kessel, F. K., Zur Diagnostik und Behandlung des Milzechinokokkus. (Chir. Fakultätsklin., Univ. Voronež.) (Novyi chirurgičeskij archiv. Bd. **9**, H. 1, Nr. 33, S. 66—72.) (Russisch.) *

Tobiczyk, Władysław, Ein Fall des Eindringens des Ascaris lumbricoides in die Pfortader und Milzvene. (Inst. f. pathol. Anat., Univ. Lemberg.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. **36**, Nr. 1, S. 6—8.) **32**, 149.

Geschwülste der Milz einschließlich Aneurysma und nichtparasitärer Cysten.

Ajello, Luigi, Contributo allo studio degli amartomi della milza. (Istit. di anat. patol., univ., Palermo.) (Gaz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 39, S. 915—918.) *

Bellot, V.-J., Kyste séro-hématique de la rate. (Large incision. Guérison.) (Arch. de méd. et pharmacie navales Bd. **115**, Nr. 3, S. 235—245.) *

Castiglioni, Giovanni, Le splenomegalie e il loro trattamento chirurgico. (Rivista sintetica, contributo clinico e anatomo-patologica.) (Milano: Stucchi Ceretti 1924. 144 S. u. 6 Taf.) **35**, 52.

Köhler, Hans, Über primäres Milzsarkom. Ein Beitrag zur Pathologie und Klinik der Milzerkrankungen. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 194—202.) **32**, 204.

Lino, Giuseppe, Dello splenocitoma. (Contributo alla conoscenza istogenetica dei neoplasmi rari della milza.) (Istit. di anat. patol., Univ. Palermo.) (Tumori Jg. **11**, H. 4, S. 407—420.) *

Moynihan, Berkeley, Cysts of the spleen. (Surg., gynecol a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 778—782.) **32**, 380.

Näher, Hans, Über Hämangiome der Milz. (Distriktsspit., Kempten.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 87—90.) **32**, 380.

Paterni, Ludovico, Contributo allo studio dei tumori maligni della milza: Metastasi di carcinoma e di ipernefroma. (Istit. di anat. patol., univ., Roma.) (Policlinico Jg. **32**, H. 1, S. 23—49.) *

Petta, Giorgio, I sarcomi primitivi della milza. Un nuovo caso con metastasi. (Osp. di S. Spirito, Sala S. Carlo Bacci.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 11, S. 576—584.) *

Nebennieren.

Antinori, Giuseppe, Sulle lesioni del surrene nell'ablazione totale e parziale del pancreas. (Istit. di clin. med. gen., univ., Palermo.) (Ann. di clin. med. e. di med. sperim. Jg. 14, H. 4, S. 477—504.) 32, 784.

Bartlakowski, Johannes, Über die Lage der Nebennieren zu den Nieren. (Anat. Anst., Univ. Breslau.) (Anat. Anz. Bd. 59, Nr. 21, S. 508—511.) 35, 772.

Bornstein, A., und H. Gremels, Über den Anteil von Mark und Rinde an den Ausfallserscheinungen nach Nebennieren-Exstirpation. (Pharmakol. Univ.-Inst., Krankenh. St. Georg., Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 409—424.) 31, 767.

Castex, M. R., J. J. Beretervide und J. C. Llambías, Hypertonie und einseitige Nebennierentuberkulose. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 12, S. 560 bis 562.) (Spanisch.) *

Dmitrijew, Über Nebennierentransplantation bei Morbus Addisoni. (Gouvernementskrankenh., Archangelsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 20, S. 1082 bis 1083.) 32, 784.

Hett, J., Histogenetische Untersuchungen über die menschliche Nebenniere. (Anat. Inst., Univ. Halle.) (34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz. Bd. 60, Erg.-H., S. 88—95.) *

Hett, Johannes, Ein Beitrag zur Histogenese der menschlichen Nebenniere. (Anat. Anst., Univ. Halle.) (Zeitschr. f. mikroskop.-anat. Forsch. Bd. 3, H. 2, S. 179—282.) *

Ito, Hiromu, Experimentelle Glykosurie, verursacht durch elektrische Reizung des Ganglion solare. (Arch. f. japan. Chir. Bd. 2, H. 3.) (Japanisch.) 32, 784.

Lukjanov, G. N., Zur Anatomie der Nebennieren. (Inst. f. operat. Chir. u. topogr. Anat., Univ. Rostov a. D.) (Isvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 109—113.) (Russisch.) 36, 412.

Popea, A., et Gh. Eustatziu, La capsule surrénale dans deux cas de mort à la suite de crise épileptique. (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 27, S. 747 bis 749.) *

Sarkewic, N. F., Ein Versuch von funktioneller Nebennierendiagnostik. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin., Prof. Oppels] Bd. 1, S. 79—89.) (Russisch.) 35, 773.

Václav, Jedlička, Geschwülste mit heterotopen Knochenwachstum in der Nebenniere. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 19/20, S. 762—768.) *

Willmore, J. Graham, and Mackenzie Douglas, A case of suprarenal tumour, with degeneration of the reticulo-endothelial system. (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 16—17.) *

Nebennieren und Spontangangrän.

Beloussoff, N. A., Zur Frage der intravenösen Infusion der Ringer-Lockeschen Lösung bei „spontaner“ Gangrän. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. W. A. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. 1, S. 155 bis 174.) (Russisch.) 35, 335.

Brown, George E., Three cases of vascular diseases affecting the feet. (Thromboangiitis obliterans, Raynaud's disease, and erythromelalgia.) (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1189—1202.) 32, 409.

Cserna, St., Arteriitis obliterans mit analogen Veränderungen in den Venen. (Magyar orvosi arch. Bd. 26, H. 2, S. 172.) (Ungarisch.) 31, 29.

Dmitrijev, I. P., Über die Nebennierenimplantation bei Gangraena spontanea. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh. Archangelsk u. Orel.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 107—123.) (Russisch.) 36, 281.

Dmitrijew, Zur Frage der Bedeutung der Nebennieren in der Pathogenese der Gangraena spontanea. (Gouvernementskrankenh., Archangelsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 20, S. 1081—1082.) 32, 784.

Džamussov, A., Die Ursachen des Todes bei Gangraena spontanea. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., 3.—8. V. 1924, Moskau. S. 211—213.) (Russisch.) 33, 727.

Egorov, M., Über die Pathogenese der spontanen Gangrän der Extremitäten. (Verhandl. d. 1. russ. Pathol.-Kongr., Leningrad 1925, S. 451—454.) (Russisch.) 37, 303.

Eisenklam, I., Unterschenkelamputation bei Spontangangrän. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 49, S. 1303—1306.) 33, 927.
Eliašev, A., Zur Behandlung der sogenannten spontanen Gangrän. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., 3.—8. V. 1924, Moskau, S. 234—235.) (Russisch.) 33, 727.
Emile-Weil, P., et Lévy-Franckel, Sur la fréquence insolite des cas d'artérites oblitérantes des membres inférieurs et de sphacèle des pieds. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 20, S. 879—880.) *
Fabrikant, M. B., Resection der Vasa deferentia in der Behandlung der Gangraena spontanea. (Festschrift f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 237—240.) (Russisch.) 32, 723.
Fedotjeff, P. P., Über die Viscosität und Gerinnbarkeit des Blutes bei „spontaner" Gangrän. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad, Dir. Prof. W. A. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. Chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. 1, S. 22—33.) 35, 335.
Gallavardin, L., et Paupert-Ravault, Un cas de thrombo-angéite oblitérante. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 26, S. 775—783.) 32, 595.
Grekov, A., Die Ergebnisse der Epinephrektomie bei suprarenaler Gangrän. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., 3.—8. V. 1924, Moskau, S. 216—219.) (Russisch.) 33, 728.
Haller, Emil, Ungeklärte Formen von Spontangangrän an der unteren Extremität. (Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 14, S. 556—557.) 32, 479.
Herzberg, B., Die Erfolge der Epinephrektomie bei Endarteritis obliterans. (Chir. Klin., Prof. E. Hesse, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., 3.—8. V. 1924, Moskau, S. 231—234.) (Russisch.) 33, 728.
Jablons, Benjamin, Thrombo-angiitis obliterans. (Internat. clin. Bd. 3, Ser. 35, S. 193—232.) 33, 897.
Jegorov, P., Über den arteriellen Blutdruck bei der Gangraena spontanea vor und nach Epinephrektomie. (Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 12, S. 106—110.) (Russisch.) 37, 48.
Kartašov, S., Gangraena spontanea. (Chir. Univ.-Klin., Rostov a. D., Prof. Bogoraz.) (Medicinskaja mysl' Nr. 3/4, S. 12—22.) (Russisch.) 37, 48.
Lavočkin, I. V., Über die Oppelsche Theorie der Gangraena spontanea. (Chir. Klin. Prof. Fedorov, Leningrad.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 257 bis 272.) (Russisch.) 36, 281.
Leriche, René, Considérations sur certains types d'artérites oblitérantes, sur la claudication intermittente bilatérale et sur le traitement précoce de certaines lésions artérielles. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 4, S. 521—523.) 33, 106.
Maleysson et Py, Le traitement économique dans les gangrènes par artérite du membre inférieur. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 13, S. 291—292.) 31, 896.
Meleney, Frank L., and G. Gavin Miller, A contribution to the study of thrombo-angiitis obliterans. (Dep. of surg., Peking union med. coll., Peking.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 5, S. 976—993.) 32, 515.
Meyer, Willy, Thrombo-angiitis obliterans. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 415—423.) 32, 595.
Oppel, V. A., Die Pathogenese der Gangraena arteriotica suprarenalis. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 1. russ. Pathol.-Kongr., Leningrad, S. 450 bis 451.) (Russisch.) *
Oppel, W., Die verschiedenen Formen der suprarenalen Arteriose. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 223—224.) (Russisch.) 33, 726.
Ornatskij, Über Adrenalin im Blute bei spontaner Gangrän. (Chir. Klin., milit.-med. Akad., Petersburg, Prof. Oppel.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 1/2, S. 112—114.) (Russisch.) 35, 379.
Ornazkij, W., Über den Adrenalingehalt des Blutes bei Kranken mit Gangraena spontanea. (Chir. Klin., Prof. Oppel, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 213—214.) (Russisch.) 33, 727.
Perla, David, An analysis of forty-one cases of thrombo-angiitis obliterans. With a report of a case involving the coronaries and the aorta. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 21—30.) 32, 886.
Popoff, W. I., Die experimentelle Adrenalinarteriose am nichtisolierten Ohr beim lebenden Kaninchen. (Akad. chir. Klin., Prof. W. A. Oppel, Leningrad.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 7/8, S. 172—173.) (Russisch.) 35, 106.
Prokin, A., Einige Beobachtungen über die Behandlung der Gangraena spontanea in Pjatigarsk. (Kurortnoje delo Jg. 3, Bd. 3, Nr. 5, S. 53—60.) (Russisch.) *

Rabinovič, I., Sympathikotomie bei spontaner Gangrän. (Fak.-Chir.-Klin. Prof. Mirotvorzev, Saratov.) (Kliničeskaja medicina Jg. 6, Bd. 3, Nr. 8/9 [36/37], S. 254 bis 256.) (Russisch.) 86, 353.
Ravault, Pierre P., Les constatations paradoxales de l'oscillométrie dans les artérites oblitérantes des membres. (Clin. méd., fac., Lyon.) (Bull. méd. Jg. 89, Nr. 47, S. 1257—1259.) 34, 389.
Ravault, Pierre P., Formes cliniques des oblitérations artérielles des membres. (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 137, S. 541—546.) *
Schapiro, E., Operative Behandlung der spontanen Gangrän der unteren Extremitäten. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 192 bis 194. Jekaterinoslav.) (Russisch.) 33, 897.
Shirō, Abe., Über die Entstehung der Spontangangrän der beiderseitigen Unterextremitäten und Beiträge zur Pathologie derselben. (Chir. Klin., Hosp. v. roten Kreuz, Osaka.) (Nisshin-Igaku Bd. 14, Nr. 10, S. 1637—1705.) (Japanisch.) 32, 911.
Sigler, Louis H., Study of thrombo-angiitis obliterans. (Ann. of clin. med. Bd. 3, Nr. 7, S. 475—480.) 32, 28.
Ssokoloff, N. A., und M. N. Achutin, Über die Cholesterinämie vor und nach der Epinephrektomie wegen der Gangraena spontanea. (Inst. f. allg. u. exp. Pathol. u. Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin. Prof. Oppels] Bd. 1, S. 90—96.) (Russisch.) 35, 773.
Stradin, P., Über vasoconstrictorische Substanzen im Blute bei Gangraena spontanea und Claudicatio intermittens. (Chir. Hospitalklin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Dtsch. Ztschr. f. Chir. Bd. Bd. 189, H. 4/6, S. 269—278.) 31, 379.
Stühlern, V. R., M. J. Agulowa und A. A. Babkowa, Über den Einfluß des Pilocarpins und Insulins bei der Gangraena spontanea. (Städt. Oduchow-Prof. Netschajew-Krankenh., Leningrad.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 47, S. 1765—1767.) 34, 242.
Tatarinv, D. I., Zur Pathologie und Therapie der Arteriitis obliterans. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 12, S. 1263—1270.) (Russisch.) 35, 395.
Vanýsek, F., Belebung der Arterien bei Endarteriitis obliterans durch Subcutangaben von Radiumemanation. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 21, S. 809—811.) (Tschechisch.) 32, 449.
Venezian, Edmondo, Contributo alla conoscenza della gangrena spontanea delle estremità. (Malattia di Winiwarter.) (Policlinico, sez. med. Jg. 32, H. 12, S. 606—616.) 34, 390.
Waščinskij, N. A., Capillaroskopische Beobachtungen bei der suprarenalen Gangrän. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arb. d. chir. Klin., Prof. Oppels] Bd. 1, S. 69—78.) (Russisch.) 35, 334.
Weber, F. Parkes, A case of thrombo-angiitis obliterans of twenty-two years' duration. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 9, clin. sect., 13. III. 1925, S. 38 bis 39.) 32, 723.
Weber, F. Parkes, A case of thromboangiitis obliterans of twenty-two years' duration. (Lancet Bd. 209, Nr. 1, S. 21.) *

Nebennieren und Epilepsie.

Ambrumjanz, G., 2 Fälle von Epinephrektomie bei Epilepsie. (Chir. Abt., Fabrik-Krankenh., Brjansk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 638 bis 640.) (Russisch.) 33, 872.

Harnorgane.

Übersichtsreferat.

Von

A. v. Lichtenberg, Berlin.

Diagnostik.

Schon die relativ kleine Zahl der Mitteilungen über Nierenfunktionsprüfungsmethoden — sie befassen sich vorwiegend mit Erfahrungen über Phenolsulphophthalein und mit der Ambardschen Konstante — weist deutlich darauf hin, daß man sich von diesem Problem allmählich abzuwenden beginnt. Zweifellos ist Richtung und Ziel der klinischen Untersuchung in der Nierenchirurgie nach der anatomischen Seite hin abgebogen. Zu erwähnen wäre die Problemstellung Chabaniers über die Nieren-

empfindlichkeit, der durch Hervorrufen eines künstlichen Schocks die Widerstandskraft der Niere prüft, um festzustellen, ob diese einem evtl. vorzunehmenden operativen Eingriff gewachsen ist, oder nicht. Die Prüfung geschieht durch intravenöse Einführung einer hochprozentigen Zuckerlösung mit vorheriger und nachträglicher RN.-Bestimmung. Legueu hat die Versuche aufgenommen und berichtet über einige Fälle, bei welchen er auf Grund der Prüfung zur Ablehnung der Operation gekommen ist. Die durch Pregl empfohlene, durch Haberer klinisch erprobte neue Untersuchungsmethode der funktionellen Nierenleistung, welche auf der genauen Bestimmung der im Harn gelösten festen Stoffe beruht, hat bisher mehr Ablehnung als Zuspruch erfahren. Keinesfalls sind die von Haberer angeführten Fälle für die Überlegenheit der Methode beweisend. Man kann wohl sagen, daß die Indigocarminprobe, als die technisch einfachste Methode, welche aber als Testprobe durchaus genügt und sich am meisten eingebürgert hat, sich kaum mehr irgendwie verdrängen läßt. Ich habe an dieser Stelle bereits einmal begründet, warum ich der intravenösen Anwendung des IK. nicht ohne weiteres zustimmen kann. Diese letztere Applikationsform hat durch die Anwendung des sog. Cystochroms (in Urotopinlösung suspendiertes IK.) eine Modifikation erfahren.

Für die Seitenlokalisation der Nierentuberkulose ist das von Pagliere beschriebene cystoskopische Symptom von Wert, wonach das Ostium der erkrankten Seite den Bewegungen des Zwerchfells folgt. Natürlich ist auch dieses Symptom kein Frühzeichen, und gerade an solchen mangelt es. Auch die von Freudenberg gefundene Asymmetrie der erkrankten Seite im Röntgenbild hat aus demselben Grunde nur bedingten Wert.

Sehr groß ist die Zahl der Veröffentlichungen aus dem Gebiet der urologischen Röntgendiagnostik. Insbesondere die klinische Erforschung der Mißbildungen der oberen Harnwege hat gute Fortschritte gemacht und eine größere Zahl konservativ-chirurgischer Maßnahmen bei Nierenanomalien erzielt. Als Kontrastmittel wird Strontium chloratum (30%) von Wichels und Behrens, Neosilvol (20%) von Ravich und Lipiodol empfohlen. An der Röntgenuntersuchung der operativ freigelegten Niere wird weiter gearbeitet. Beiträge zu dieser Frage haben Kingreen, Quinby und Goetze geliefert, der selbst die Pyelographie zu der intraoperativen Diagnostik heranzieht. Weitere Versuche, das Hohlsystem der Harnorgane mit intravenösen Jodnatriumgaben darzustellen (von Lichtenberg-Rosenstein, Volkmann) haben nur unvollständige Resultate ergeben. Auch die Serienpyelographie und „Pyeloskopie“ ist hauptsächlich zum Studium der normalen und pathologischen Entleerung des Nierenbeckens wieder aufgenommen (Legueu, Fey und Truchot, Rejsek). Die seitliche Aufnahme der Nieren wird von Duval, Gatellier und Béclère und von Lupo hauptsächlich zur Differenzierung von Nieren und Gallensteinen, die schräge Pyelographie von Sgalitzer und Hryntschak zur Erzielung einer besseren Projektion des Beckenschattens empfohlen. Durch die Arbeiten von Legueu und Fey, von Hickey und von François hat die vorbildliche Arbeit Grauhans über die Darstellung der Tumorniere keine Bereicherung erfahren.

Die Untersuchung der Blase durch schräge und seitliche Aufnahme und Beobachtung hat für die Darstellung der Blasendivertikel besondere Bedeutung. Diese Tatsache bekräftigen auch die Arbeiten von Marion, Blanc und Negro und Darieux und Baclesse. Zur Darstellung der Protatahypertrophie hat sich Ballenger, Elder und Lake die Luftfüllung der Blase gut bewährt, ebenso wie Bortini und Pierregrossi. Schließlich haben sich Cave und Kohnstamm, Béclère (Gelobarin), Fruncklin und Fasiani mit dem Ausbau der Technik der Harnröhrenaufnahmen beschäftigt und gut brauchbare Bilder erzielt.

Operationstechnisches.

Anästhesierung.

In den letzten Jahren hat sich auf dem Gebiete der Anästhesie bei Operationen an den Harnorganen eine Wandlung vollzogen. Die allgemeine Narkose wird von den

verschiedenen Methoden der lokalen Betäubung immer mehr verdrängt. Das Überhandnehmen der Lokalanästhesie merkt man ganz besonders in den aus großen urologischen Arbeitsstätten stammenden Veröffentlichungen. Diese Tatsache spricht um so eindringlicher für die Vorteile der Lokalanästhesie, da man sie trotz Zeitverlust und sonstigen Unbequemlichkeiten, die gerade im großen Betrieb der Methode anhaften, verwendet. Nachdem man bis vor kurzem im allgemeinen nur die Blasen- und Harnröhrenoperationen in örtlicher Betäubung ausgeführt hat, wird diese allmählich auch für die Eingriffe an Niere und Harnleiter die Methode der Wahl. So berichten Kolischer, Jones und Schnetzer über 700 von verschiedenen amerikanischen Chirurgen in Paravertebralanästhesie ausgeführte Nierenoperationen mit nur 4 Versagern. Lowsley, Pugh, Allen, dessen Methode eher einen Rückschritt als Fortschritt bedeutet, treten in mehreren Publikationen für die Anwendung der Paravertebralanästhesie bei Nierenoperationen ein. In Deutschland ist die Veröffentlichung Pflaumers bemerkenswert. Unter 77 Operationen mußte 8mal bei der Luxation der Niere eine oberflächliche Äthernarkose mitverwendet werden. Man muß Pflaumer recht geben, daß die topographischen Verhältnisse und die Lagerung bei Nierenoperationen für die Anwendung der Narkose besondere Bedenken erwecken müssen. Auch v. Illyés tritt auf Grund eines sehr großen Materials für die Paravertebralanästhesie ein, ebenso Laskownicki. Auch an meiner Abteilung wendet man diese Form der Anästhesierung häufig und mit ausgezeichnetem Erfolg an. Ein nicht unwichtiges Moment, welches für ihre Anwendung spricht, ist die geringe Schädigung der Niere. Morian konnte unter 150 Fällen nach Novocainapplikation kein einziges Mal Eiweiß im Harn nachweisen. Selbst bei der großen Novocainmenge (150 ccm), die man im allgemeinen bei der Paravertebralanästhesie verwendet, scheint keine oder nur minimale toxische Wirkung auf die Niere zu bestehen, was besonders bei doppelseitigen Erkrankungen eine Bedeutung hat. Ich habe wiederholt Ärzte, darunter auch einen Chirurgen, in Paravertebralanästhesie operiert. Auch diese haben die absoluten Annehmlichkeiten dieser Anästhesierungsmethode betont. Wir pflegen nun, wenn keine besonderen Indikationen für die eine oder andere Anästhesierungsart bestehen oder wenn es sich um nicht besonders fettleibige Kranke handelt, den Patienten anheimzustellen, ob sie in Allgemeinnarkose oder in Paravertebralanästhesie operiert werden wollen.

Noch größer ist die Eroberung, welche die sakrale Anästhesie gemacht hat. Sie wird bei schwierigen Cystoskopien und bei sämtlichen Operationen an der Blase und Harnröhre fast ausschließlich angewandt. Demgemäß ist eine lange Reihe von Veröffentlichungen ihrer Methodik und der Indikationsstellung gewidmet. Arbeiten von Haines, Kolischer und ihren Mitarbeitern von, Barros, Mumey und Elliot, Lowsley, Parmenter und anderen heben die Vorteile der Lokalanästhesie bei urologischen Operationen hervor. Bemerkenswert ist die Kombination der sakralen Injektion mit Blockierung der Sakralnerven an den Foramina sacralia bei amerikanischen Autoren. Weder dieses Vorgehen, noch das Vermeiden des Suprareninzusatzes, wegen dessen angeblicher Giftigkeit, noch die Verwendung von 80 (!) ccm einer 1proz. Novocainlösung dürften als Verbesserungen der Methodik anzusehen sein. Sie ist auch heute noch so zu üben, wie sie Läwen ursprünglich ausgearbeitet hat, mit der einzigen Änderung, daß man zur Vermeidung von Versagern statt 20, 30 ccm einer 2proz. Novocainsuprareninlösung verwendet. Beim hohen Blasenschnitt sind natürlich Bauchdecken und prävesicaler Raum außerdem noch zu anästhesieren. Die Braunsche Parasakralanästhesie genießt nicht die Beliebtheit, welche man bei ihrer Bekanntgabe erwartet hat, man kann wohl sagen, daß sie, wenigstens bei urologischen Operationen, viel zu wenig verwendet wird. Die sog. transsakrale Anästhesie der Amerikaner, welche in der Blockierung der sakralen Nerven an ihrem Austritt aus den Foramina sacralia vom Rücken her besteht — die Technik ist u. a. bei Meeker und Scholl genau beschrieben —, wird wohl auch wenig Anklang finden. Sie ist im Vergleich zu der Sakralanästhesie zu kompliziert und zeitraubend.

Von Silverton wird die tiefe Spinalanästhesie (0,02 Stovain bei sitzenden Kranken injiziert, nachher Verbleiben 5 Min. im Sitzen) für dieselben Zwecke empfohlen. Stirling, Negley, Mac Gowan verwenden die Lumbalanästhesie für alle Operationen der unteren Harnwege. Nach den Untersuchungen von Abadie bedeutet diese Anästhesierungsform eine nicht geringe Belastung der Nierenfunktion. Er fand etwa 8 Tage lang nach deren Anwendung erhöhte Reststickstoffwerte und Verzögerung der üblichen Nierenfunktionstestproben. Diese Untersuchungen ermahnen zur Vorsicht bei gestörter Nierenfunktion.

Über die Verwendung des Tutocains und Psicains sind viele Berichte erschienen. Für die Anästhesierung der Harnröhre eignet sich Tutocain nach eigener Erfahrung (Siedner) in $^1/_4$—$^1/_2$proz. Lösung sehr gut. Läwen berichtet über günstige Erfahrungen bei der Lokalanästhesie (1 proz. Lösung). Auch die Mitteilungen von Frisch, Asch und Lurz, Voelcker, Wiedhopf, Friedländer und Häbler, Blum und Glingar u. a., ferner von Watson-Williams und Mitarbeitern und Chetwood und Coney lauten günstig. O. Schwarz berichtet über einen Todesfall bei Tutocainanwendung. B. Lewis hat einen „Depositor" für die Harnröhrenanästhesierung beschrieben, der gut zu sein scheint.

Niere.

Uteau widmet längere Ausführungen der Versorgung des Nierenstiels bei der Nephrektomie. Er empfiehlt, wenn durchführbar, die Anlegung einer Massenligatur und besondere Unterbindung der einzelnen Stämme vor derselben. Richtiger ist dasselbe Vorgehen in umgedrehter Reihenfolge. Pflaumer empfiehlt, von der Rippenresektion bei Nierenoperationen ausgedehnter als bisher Gebrauch zu machen. Man gewinnt dadurch viel bessere Übersicht, besonders bei Affektionen am oberen Pol und bei langer zwölfter Rippe. Hustinx schlägt einen vorderen Schnitt zur Freilegung der Niere vor, welcher in der Mittellinie über der Symphyse beginnt, bis unter den Nabel nach oben zieht, um dann in querer Richtung nach der 9. Rippe zu verlaufen. Der Schnitt eignet sich zur totalen Nephro-Ureterektomie. Sein Nachteil ist wohl die ausgedehnte Schädigung des Peritoneums beim Abschieben desselben.

Bazy gibt eine ausführliche Beschreibung seiner Technik bei dem von ihm angegebenen vorderen Querschnitt für Nierenoperationen. Der Schnitt beginnt am Ende oder etwas unterhalb der XI. Rippe und reicht bis fast an die Mittellinie. Die Rectusscheide wird längs gespalten und der Muskel nach der Mittellinie hin verzogen. Der Schnitt ist für die Freilegung des Nierenstiels und des Hilus besonders geeignet. Ihre Anwendung ist auch bei Nierenverletzungen von Vorteil, zumal wenn es sich auch um Verdacht auf intraperitoneale Verletzungen handelt, ebenso bei kurzem Nierenstiel, hochgelegener Niere und kurzer Taille. Abadie tritt für ausgedehnte Verwendung dieses Schnittes ein, Bonnet hat sie bei kombinierter Darm-Nieren-Verletzung mit Vorteil benützt, Gayet bei einem Buckligen, betont aber die Überlegenheit der lumbalen Schnittführung als Normalverfahren.

W. J. Mayo gibt eine lesenswerte Darstellung seiner Methodik bei Nierenoperationen. Mehrere Mitteilungen sind der Enervation der Niere gewidmet. Flandrin hat die anatomischen Grundlagen der Operation studiert und stellt die renalen und ureteralen visceromotorischen, -sensiblen und -trophischen Reflexe zusammen. Derselbe Autor versucht die klinische Sichtung der Schmerzzustände bei Nierenaffektionen und gibt auch eine genaue Beschreibung der Operationstechnik. Im Tierversuch konnte man keine dauernde Beeinträchtigung der Nierenfunktion nach Entnervung feststellen. Auch bei 8 einseitig nierenentnervten Kranken war das der Fall. Das Indikationsgebiet der Entnervung ist durch die Nephritis dolorosa, Wanderniere, kleine Hydronephrosen, evtl. durch Steindiathese zwecks Unterdrückung der Kolikanfälle gegeben. In ähnlichem Rahmen bewegen sich die Ausführungen von Serés. Legueu hat eine entnervte Niere nach 1 jähriger

Beobachtung exstirpiert, da die Funktion derselben bei wiederholten Untersuchungen als völlig erloschen angenommen werden mußte. Die Niere war von perinephritischen Schwielen umgeben und völlig atrophisch. Neuwirt teilt in 3 Fällen günstige Resultate mit, ebenso wie in 1 Fall von Anurie durch Splanchnicusanästhesie. Abgesehen davon, daß der Erfolg der Operation durchaus unsicher ist, zumal zu der Enervation in den meisten Fällen die Dekapsulation und die Nephropexie hinzugefügt werden, die bekanntlich auch ohne Enervation vielfach, ganz besonders bei der Perinephritis dauernd schmerzstillend wirken, ist noch zu berücksichtigen, daß die Ausführung der Operation nur bei langstieligen Nieren, welche gut luxiert werden können, möglich ist. Bei kurzgestielten Organen und Veränderungen am Stiel sind die technischen Schwierigkeiten und die Gefahr von Gefäßverletzungen zu groß. Die von Legueu beschriebene Atrophie ist wohl auch auf solche Momente zurückzuführen.

Mit der Frage der operativen Behandlung bei Niereninsuffizienz beschäftigen sich Blum und Rehn. Blum gibt den Abriß der pathologischen Physiologie und Klinik dieses Zustandes in ansprechender Form, während Rehn, durch die bekannte Kümmellsche Mitteilung angeregt, die relative Niereninsuffizienz behandelt. Man muß dem Autor recht geben, daß unsere Kenntnisse und Erfahrungen auf diesem Gebiete noch lückenhaft sind. Auch der Anschauung ist beizustimmen, daß der Entnervung bei der Dekapsulation eine wichtige Rolle zuzumessen ist. Immerhin erscheint mir die Rolle, welche die Enthülsung bei der Bekämpfung des Perinephritis spielt, bisher nicht genügend gewürdigt zu sein.

Daran, daß bei 55 Nephrektomien 2mal Duodenalfisteln entstanden sind, wie Pignatti berichtet, scheint die persönliche Technik die Schuld zu tragen. Solche Fisteln lassen sich bei intrakapsulärem Vorgehen in den dafür geeigneten Fällen so gut wie immer vermeiden. Von anderen Komplikationen seien die seltenen Darmblutungen nach Nierenoperationen erwähnt, denen Walcker eine fleißige topographisch-anatomische Arbeit gewidmet hat. Die Blutungen nach Nierenoperationen behandelt Cifuentes, mit besonderer Berücksichtigung der Nephrotomie und der sekundär auftretenden Blutungen, welche auf Infarktbildung und Infektion zurückzuführen sind. Unter 626 Fällen von Nephrolithotomie (Sammelstatistik) traten 85mal (13,5%) schwere Nachblutungen auf, davon endeten 22 (25,8%) tödlich. 36mal (42,3%) mußte sekundär nephrektomiert werden. Die Ausführungen von Fey decken sich ganz mit denen des vorerwähnten Autors. Rafin berechnet nach 42 eigenen Nephrotomien 9% Todesfälle, während er 36 Pyelotomien ohne Todesfall ausführen konnte. Nach den Pyelotomien 23%, nach den Nephrotomien 15% Rezidive. Die Technik der Pyelotomie betrifft die Mitteilung Kulenkampffs. Er führt den Eingriff prinzipiell an der nicht luxierten Niere aus und hatte in 10 Fällen gute Erfolge. Es ist klar, daß sich das Verfahren nicht für alle Fälle eignet, vor allem nicht für solche, bei welchen kein extrarenales Becken vorliegt oder das Konkrement nicht im Becken, sondern in einem anderen Teile des Hohlsystems der Niere sich befindet. Christian führt die Pyelotomie durch Hakenschnitt aus. Auch bei dieser Methode ist eine entsprechende Gestaltung des Beckens Bedingung. Beresnegowsky deckt, wie es Payr vorgeschlagen hat, die Nierenbeckenwunde mit einem aus der Kapsel gebildeten, zurückgeschlagenen Lappen.

Chute berichtet über 4 Fälle von Verletzung der Vena cava bei der Nephrektomie. 2 Fälle endeten tödlich, bei dem einen Fall handelte es sich um Abriß unterhalb der Nierenvene, bei dem anderen um Einriß oberhalb des Abganges derselben. Die 2 geheilten Fälle, seitliche Einrisse unterhalb der Nierengefäße, konnten mit Naht resp. Dauerklemme versorgt werden. Cairns beschreibt einen Fall, bei welchem 12 Jahre nach Ausführung der Nephrektomie die Abstoßung der inkrustierten Seidenligaturen des Ureterstumpfes per vias naturales zu schwer erklärlichen Störungen des Harnapparates geführt hat.

Bundschuh hat die Rehnsche Methode der Nephropexie dahin modifiziert, daß er die Befestigung statt mit einem Seidenfaden mit einem Fascienstreifen ausführt.

Das Verfahren ist nur bei aseptischen Fällen anzuwenden. Siedner teilt 3 Operationen an Einzelnieren mit, die ich vorgenommen habe. Zweimal handelte es sich dabei um Steinerkrankung, einmal um anurische Zustände bei einer Wanderniere.

Von experimentell-chirurgischen Arbeiten sind die Publikationen von Boretti, Hübner und Carson und Goldstein zu erwähnen. Die letzteren wollten das Gefahrmoment der Nephrotomie im Tierversuch entscheiden. Alle Tiere, ob man die Blutung einfach durch digitale Kompression der Wundflächen oder mit Interposition eines Fettlappens versorgt hat, blieben am Leben. Histologisch nur schmale Granulationsresp. -Narbenzone, ohne Schädigung des Nierenparenchyms. Die Diskrepanz zwischen klinischer Erfahrung und Tierversuch ist augenfällig. Die Erklärung suchen die Verff. in der Anwendung der Naht. Stichhaltiger ist es jedoch, wenn man zur Erklärung derselben an die Infektion zurückgreift. Roncoroni hat die Heilungsbedingungen der Naht der rupturierten Niere im Tierexperiment verfolgt. Das Resultat zeigt, daß konservatives Vorgehen auf diesem Gebiet zur Erhaltung wertvollen Drüsenmaterials beitragen kann. Hübners Versuche zeigen, daß die temporäre Abklemmung des Nierenstiels, falls sie 30 Min. nicht überschreitet, keine dauernde Schädigung des Nierengewebes verursacht.

Blase und Harnleiter.

Mermingas und O. Maier empfehlen den inguinalen Weg für Operationen an der Harnblase. Abgesehen davon, daß der Bardenheuersche Schnitt, dessen Einengung der inguinale Schnitt bedeutet, ein bereits anerkanntes Indikationsgebiet (Divertikel, Tumoren) besitzt, daß also der „neue" Schnitt, dort wo er mit Vorteil anzuwenden wäre, nicht neu ist, wird man den wesentlich einfachere Wundverhältnisse bietenden Medianschnitt für alle übrigen Möglichkeiten wohl trotz dieser Empfehlung beibehalten. Die von Chute empfohlene Drainage perivesikaler Eiterungen nach dem Damm zu ist ein Verfahren, welches ebenfalls schon seit langer Zeit geübt wird. Die von Grunert durchgeführte primäre Blasennaht nach Sectio alta mit Weglassen des Dauerkatheters kann man nicht allgemein empfehlen, wenn auch zugegeben werden mag, daß die übliche Versorgung der operierten Blase manche Nachteile hat. Die sog. Cathelinsche Operation zum Verschluß der hypogastrischen Fistel, auf welche Villa Caballos die Aufmerksamkeit lenkt, hat nur die Einstülpung des Fistelganges nach dem Blasencavum als besondere Idee. Diese Idee ist nicht gut. Bei lange bestehenden Fisteln, also bei solchen, bei denen die Verschlußoperation wirklich nötig ist, ist der Fistelgang epithelisiert und schwer infiziert. In solchen Fällen ist die Exstirpation derselben das richtige Verfahren. Die Fistel heilt, wenn kein Abflußhindernis distal besteht auch nach einfacher Naht gut zu. Schoonover will kleinere Blasendivertikel durch eine Matratzennaht, die die Öffnung derselben verschließt, beseitigen. Es ist fraglich, ob solche kleine Divertikel überhaupt operiert werden sollen, und wenn, ob in diesen Fällen nicht besser eine kausale Therapie, welche am Sphincter angreift, zweckmäßiger ist. Der Erfolg der vorgeschlagenen Operation erscheint jedenfalls zweifelhaft.

Burns greift zur Beseitigung der Blasenektopie auf die alte Hautplastik zurück, fixiert jedoch nachher die neugebildete Blase vom Damm aus am Beckenboden. Dadurch wird vielleicht die Plastik gesichert, der Kranke jedoch von den bekannten späteren Unzuträglichkeiten der Hautblase nicht verschont. Auch Melnikoffs Vorgehen zur Bildung einer künstlichen Blase ist nicht empfehlenswert. Es wird der untere Rectumteil dazu benutzt und die Harnleiter in einer zweiten Sitzung in denselben eingepflanzt. Die komplizierte Operation ist nicht am Platze, wenn man dasselbe Ziel durch die einfache Coffeysche Methode erreicht. Diese wird wohl alle anderen Methoden, welche auf die Entleerung des Harns auf dem natürlichen Weg verzichten, verdrängen. Sehr bemerkenswert sind hingegen die Tierversuche Demels, größere Ureterdefekte durch eine Plastik aus der Blasenwand zu ersetzen. Er gibt dadurch eine brauchbare Idee,

welche unter Umständen (tiefe Harnleiterstriktur, Uretergeschwulst) zur Erhaltung der Niere verwertet werden kann.

Zur Beseitigung der Inkontinenz hat Lestschewa nach der Methode von Goljanitzki die Pars membranacea urethrae mit einem Fascienstreifen umgelegt, dessen beide Enden an die Adductoren befestigt wurden. Teilweiser Erfolg. Furniss rafft den Sphincter (?) um einen eingelegten Pezzerkatheter suprapubisch, extravesical. Die Resultate waren befriedigend. Die Methode von Schirschoff, worüber Makkawejew berichtet, besteht in der Fixierung der unteren Teile der vorderen Blasenwand an der Hinterseite der Symphyse. Die dadurch an der Abgangsstelle der Harnröhre entstandene Knickung genügt zur Beseitigung der Inkontinenz. Es handelt sich in allen 3 Verfahren sozusagen um Anbringen von Pelotten aus körpereigenem Material. Der Weg ist jedoch nur für die Beseitigung der mechanischen Inkontinenz gangbar.

Hunt empfiehlt auf Grund des Materials der Mayoklinik die Versorgung des Ureterstumpfes durch Ligatur bei Blasenresektionen wegen bösartiger Geschwülste, da dabei die Mortalität geringer ist wie bei der Reimplantation des Harnleiters in die Blase. Ich möchte es dahingestellt sein lassen, ob die Differenz in der Mortalität einzig in diesem Grunde gelegen ist. Handelt es sich auch für gewöhnlich bei tumorumwachsenem Harnleiter um bereits geschädigte Nieren, so fällt der generelle Verzicht auf dieselben bei grundsätzlicher Durchführung der Harnleiterligatur trotzdem schwer. Dann erscheint der Weg der präliminären Einpflanzung des gefährdeten Harnleiters in den Darm trotz des zweizeitigen Operierens sympathischer. André gibt für die Ableitung des Urins oberhalb der Blase der Nephrotomie vor der iliacalen Ureterostomie den Vorrang. Ich habe Gelegenheit gehabt, auszuführen, daß beim Blasencarcinom, wenn die Nieren gesund, die Implantation in den Darm, bei bereits erkrankter Niere die iliacale Ureterostomie vorzuziehen ist. Es sei schließlich erwähnt, daß Smitten eine große Kasuistik russischer Chirurgen (318 Fälle) über Uretereneinpflanzung in den Darm veröffentlicht, darunter 156 mal bei Blasenscheidenfisteln und 98 mal bei Geschwülsten. 116 Kranke sind unmittelbar nach der Operation gestorben. Auch Lewit und Spiegel veröffentlichen Fälle von Uretereneinpflanzung in den Darm. Die Indikation wurde meist durch Blasenscheidenfisteln gegeben. Ich meine, daß diese Operation aus dieser Indikation nur als Ultimum refugium betrachtet werden dürfte. Die modernen, aber auch die älteren Methoden der Fisteloperation führen doch fast immer zum gewünschten Ziel. Die große operative Mortalität und die wenig günstigen Dauerresultate müssen auch dann davon abbringen, wenn man den traurigen Zustand mancher Fistelpatienten berücksichtigt. Folsom und Caldwell haben Tierversuche durchgeführt, um die Resultate der Maydlschen Operation mit denen der Coffeyschen Methode miteinander zu vergleichen. Nach ihrer Deutung verdient das letztere Vorgehen den Vorrang. Auch Dodson hat ähnliche Versuche unternommen. Legueu und Papin scheinen nach den Mitteilungen von Duvergey beim inoperablen Blasencarcinom an der definitiven iliacalen Ureterostomie festzuhalten. Ich möchte die Indikationsgebiete für das Blasencarcinom so abgegrenzt wissen, daß für die Totalexstirpation die präliminäre Uretereneinpflanzung in den Darm auszuführen sei und bei inoperablen Fällen die Ausschaltung der Blase bei gesundem Harnleiter resp. Niere durch Darmableitung, bei erkranktem durch die iliacale Fistel.

Bonniat und Rocher berichten über einen Fall, in welchem der operativ durchtrennte Harnleiter durch zirkuläre Naht sofort wieder vereinigt wurde. Nach anfänglichen, durch Infektion verursachten Schwierigkeiten ist es nach Nephropexie der gesunkenen Niere gelungen, dauernde Heilung bei guter Nierenfunktion zu erreichen. Fullerton schlägt vor, statt der Harnleiterkatheterung bei offener Blase die Katheterung des retroperitoneal freigelegten Harnleiters auszuführen. Das Verfahren hat, wenn auch für seltene Fälle, Berechtigung und somit Zukunft in der Nierenchirurgie. Das weite Ablösen des Bauchfells, welches bei der Befolgung des von Monsarrat emp-

fohlenen medialen, extraperitonealen Weges zur Darstellung des Harnleiters notwendig ist, scheint einen Nachteil zu bilden, an welchem die Methode scheitern muß, so daß sie keinesfalls mit dem üblichen lateralen Schnitt die Konkurrenz aushält. Boretti hat eine lesenswerte Abhandlung über die Ureterchirurgie verfaßt.

Urethra.

Für die Behandlung schwerer Strikturen hat sich die zirkuläre Resektion nach Ableitung des Urins durch eine suprapubische Fistel im allgemeinen als Operation der Wahl eingebürgert. Es erscheint daher merkwürdig, wenn von D'Arey Power die sog. Wheelhoosesche Operation empfohlen wird, welche mit einigen kleinen technischen Änderungen der klassischen Urethrotomia externa entspricht. Man würde bei diesem Vorgehen oft Rückfälle erleben. Daß die Resektion selbst bei ausgedehntester Erkrankung gut durchführbar ist und die Stümpfe bei genügender Mobilisierung ohne Spannung vereinigt werden können, wissen wir aus vielfacher Erfahrung. Für extreme Fälle empfiehlt Wideröe nach Ekehorn die Durchtrennung des Ligamentum suspensorium penis, welche er in 2 Fällen mit gutem Erfolg verwendet hat. Zweifellos werden die unsicheren Transplantationsmethoden überflüssig, wenn man zu dieser Maßnahme greift. Der einzige Nachteil derselben ist das Hinabgleiten des Gliedes, welches jedoch nach einiger Zeit verschwindet.

Bei der Hypospadia glandis gibt bekanntlich die Distensionsplastik nach Beck und Hacker ausgezeichnete Resultate. Sie hat den großen Vorteil, daß zur Bildung der Harnröhre kein fremdes Material herangezogen und daß die physiologische Einheit der Urethra nicht unterbrochen wird. Man kann daher in der von Chocholka empfohlenen, von Marion modifizierten Plastik, welche im wesentlichen in der Bildung einer Hautröhre und Durchziehung derselben durch die tunnellierte Glans besteht, keinen Fortschritt erblicken. Die Bucknallsche Plastik, von Harvey für hochgradige Hypospadien wieder empfohlen, hat einen gesunden Kern darin, daß die Einbettung der neugebildeten Röhre in die Scrotalhaut größere Sicherheit gegen Lappennekrose und Fistelbildung bietet. Die Operation ist gewöhnlich in 2 Akten durchzuführen, was z. B. bei der sonst am meisten geübten Duplayschen Plastik häufig nicht gelingt. Der von Jeanbreau mitgeteilte, nach der letzteren Methode versorgte Fall gab nach 3 Operationen ein unvollständiges Resultat. Das Verfahren, welches Potel für die Beseitigung der weiblichen Epispadie angibt, kann mit der Operation nach Goebell-Stoeckel nicht konkurrieren, da es die Inkontinenz nicht beseitigt und die Operierten zwingt, auch noch nach dem Eingriff eine Prothese zu benutzen.

Instrumente.

Kommt man auch im allgemeinen mit den sog. Universalmodellen für die Cystoskopie aus, so besteht doch für technisch schwierig liegende Fälle das Befürfnis nach besonderen Konstruktionen. Diesem sind die Instrumente mit besonderem Gepräge entwachsen, wie sie von McCarthy, Phélip, Lowsley, Butterfield (für Kinder) u. a. konstruiert worden sind. Nur Corney hat ein neues Einheitscystoskop angegeben. Recht brauchbar ist das Operationscystoskop von Joseph. Pflaumer korrigiert die bei kleinkalibrigen Instrumenten geringere Lichtstärke durch das Anbringen von längeren Lampen. Im Vordergrunde des Interesses stehen die Diathermieoperationen insbesondere bei Veränderungen am Blasenhals. Für diese Zwecke hat Chetwood ein Instrument angegeben, welches allerdings durch eine Sectio perinealis einzuführen ist. Tolson, Rose, Kenneth Walker beschreiben Diathermieinstrumente für die sog. Punchoperation. Die Kathetersterilisation ist auch noch kein restlos gelöstes Problem. Schirokauers Sterilisator bedeutet keinen Fortschritt. Dourmaschkin empfiehlt Instrumentenschränke mit eingebauter Vorrichtung zur Formalinsterilisation. Ähnlich ist die

Frage auf meiner Abteilung zur Zufriedenheit gelöst. Die Leuchtinstrumente von Haebler sind bei Blasen- und Harnleiteroperationen brauchbar.

In geschickter Weise befestigt Vaquier mit durch Schrotkörner gezogene, gewachste Baumwollfäden den Dauerkatheter. Guisy hat einen modifizierten Trokar für suprapubische Punktion und Drainage angegeben und Boeminghaus eine einfache und praktische Vorrichtung für die Befestigung des suprapubischen Blasendrains. Durch eine mit verborgenem und verschiebbarem Mandrin verlängerte Sonde empfiehlt Bonneau die Schwierigkeiten bei Sectio alta in Fällen, in welchen die Blase geschrumpft oder unauffüllbar ist, auszuschalten. Schließlich seien noch die für urologische Untersuchungen und Operationen besonders konstruierten Tische erwähnt. Ein solcher ist in vollkommenster Weise von Young konstruiert. Einfacher, aber auch billiger sind die Tische von Greenberg und der in Rochester in Gebrauch stehende Untersuchungs- und Röntgentisch von Bumpus, Hermon und Braasch.

Allgemeines.

Bachem, C., Über moderne Harnantiseptica. (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 3, S. 76 bis 80.) *

Bilger, F., De l'anesthésie épidurale en chirurgie urinaire. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 111—126.) *

Braasch, William F., Data with regard to lesions of the nerves of the urinary tract. (Sect. on urol., Mayo clin., Rochester. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 4, S. 383—398.) 33, 253

Braasch, William F., Differential diagnosis in diseases of the urinary tract. (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1109—1124.) *

Bugbee, Henry G., Multiple-stage operations in urological surgery. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 12, S. 871—875.) *

Casper, Leopold, Urologie, Chirurgie und innere Medizin, innere Medizin in ihren Beziehungen zueinander, eine diagnostische Betrachtung. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 271—276.) *

Cowell, Walter A., The value of uranalysis in a general examination compared with the blood chemistry. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 34—36.) *

Day, Robert V., Urologic problems of the general practitioner, surgeon and internist. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 10, S. 713—716.) *

Dillingham, Frank S., Unusual urological lesions. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 7, S. 844—845.) 34, 176

Dossot, Raymond, L'urologie en 1925. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 31, S. 97—108.) *

Eisendrath, Daniel M., Recientes adelantos en cirugia urinaria. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 22, S. 376—380.) (Spanisch.) *

Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie. Hrsg. v. F. Henke u. O. Lubarsch. Bd. 6. Harnorgane. Männliche Geschlechtsorgane. Tl. 1. Niere. Bearb. v. Th. Fahr, Georg B. Gruber, Max Koch, O. Lubarsch, O. Stoerk (Berlin: Julius Springer 1925. VIII, 792 S. RM. 84.—.) 32, 114

Hunner, Guy L., Recent clinical studies in urology. (Johns Hopkins univ. med. dep., Baltimore.) (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 8, S. 447—457.) 34, 253

Jones, W. Ray, Acriflavine as an internal urinary antiseptic. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 10, S. 577—581.) 35, 615

Irwin, W. K., Surgical urology. (London: Baillière, Tindall a. Cox 1925. VIII, 180 S. sh. 7.—.) *

Knorr, Richard, Gynäkologie und Urologie (Beobachtungen aus den letzten drei Jahren). (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 277—285.) *

Lewin, Arthur, Fortschritte in den urologischen Untersuchungsmethoden. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 1, S. 1—3.) *

Lowsley, Oswald Swinney, The question of anesthesia from the standpoint of the urologic surgeon. (Anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 356—357.) *

Mathe, Charles P., The present-day status of urology in Europe. (St. Mary's hosp., San Francisco.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 11, S. 416—424.) *

Michel, Leo, Back pain of urologic origin. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 8, S. 186—187.) *

Michelsohn, J. D., Die Proteinkörper- und die Autohämotherapie in der Urologie. (Urolog. Klin., Prof. Cholzoff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 681—684.) (Russisch.) 35, 260.

Orlowski, Die urogenitale Minderwertigkeit. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 9, S. 673 bis 679.) *

Paschkis, Rudolf, Neuere urologische Arbeiten. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 32, S. 1205 bis 1207 u. Nr. 33, S. 1242—1244.) *

Pedersen, Victor Cox, Electrotherapeutics in urology. (Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol Bd. **43**, Nr. 8, S. 301—307.) *

Pugh, Winfield Scott, Regional anesthesia in urological surgery. (Urol. dep., New York hosp.) (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 30—33.) **34**, 339.

Reaves, J. U., The diagnosis of surgical diseases of the urinary organs. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 36—37.) **34**, 381.

Rom, F. de, Praktische Urologie. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. **6**, Nr. 11, S. 195 bis 198.) (Flämisch.) *

Schmidt, Louis E., A glance at urology during the past twenty years. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 457—460.) *

Scholl, Albert J., E. Starr Judd, Linwood D. Keyser, Gordon S. Foulds and Jean Verbrugge, A review of urologic surgery. (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 2, S. 774—812, Bd. **11**, Nr. 1, S. 152—170 u. Nr. 2, S. 304—328.) *

Smith, Louis D., Some major urologic considerations. (Illinois med. journ. Bd. **47**, Nr. 6, S. 442—447.) *

Thelen, Gottfried, Zur Frage der Elektrokoagulation in der Urologie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 302—307.) *

Torek, Franz, Regional anesthesia in kidney and bladder operations. (Anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 6, S. 352.) *

Urology, Modern —. Edit. by Hugh Cabot. **2.** edition. (Philadelphia: Lea & Febiger 1925. 1572 S. u. 19 Taf. $ 18.—.) *

White, Edward William, and C. Otis Ritch, Salient factors governing urological diagnosis and treatment. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 4, S. 191—195.) *

Nieren.

Allgemeines.

Asher, Leon, Beiträge zur Physiologie der Drüsen. LXXXIX. Kichikawa, W., Fortgesetzte Untersuchungen über den Einfluß der Nierennerven auf die Zusammensetzung des Harns. (Physiol. Inst., Univ. Bern.) (Biochem. Zeitschr. Bd. **166**, H. 4/6, S. 362—385.) **36**, 640.

Avramovici, Aurel, Sur un cas de vésiculite gonococcique simulant une colique néphrétique. (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 2, S. 141—143.) *

Belt, A. Elmer, and James J. Joelson, The effect of ligation of branches of the renal artery. (Med. school, Harvard univ. laborat. f. surg. research a. urol. clin., Peter Bent Brigham hosp. Boston.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 1, Tl. 1, S. 117—149.) **32**, 242.

Boeminghaus, Hans, Untersuchungen über den vesico-renalen Reflex. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 166.) **33**, 602.

Braasch, William F., Data with regard to lesions of the nerves of the urinary tract. (Sect. on urol., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 383 bis 398.) **33**, 253.

Chevassu, Maurice, et A. Giroud, Les cellules lipoïdiques et leur aspect surrénalien dans le rein pathologique. (Bull de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. **14**, Nr. 5, S. 275—291.) *

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 5, Bd. 6. — Frangenheim, P., und E. Wehner, Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. — Wehner, E., Die Chirurgie der Harnröhre. — Wehner, E., Die Chirurgie des Penis und Scrotums. — Wehner, E., Die Chirurgie des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges und der Scheidenhäute. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. S. 229—750. 4 Taf. RM. 27.—.) **33**, 602.

Cirillo, Giuseppe, La pollakiurie comme manifestation tardive de syphilis héréditaire. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 1, S. 1—4.) *

Cruickshank, E. W. H., and K. Takeuchi, The effect of changes in venous bloodpressure on the rate of floow trough, and the gaseous metabolism of the kidney. (Physiol. laborat., univ., Cambridge.) (Journ. of physiol. Bd. **60**, Nr. 3, S. 120 bis 130.) **34**, 856.

Ellinger, Ph., und A. Hirt, Zur Funktion der Nierennerven. (Pharmakol. u. anat. Inst., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. **106**, H. 3/4, S. 135—208.) **33**, 281.

Fuchs, Felix, Untersuchungen über die innere Topographie der Niere. (I. anat. Inst., Univ. Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **18**, H. 3/4, S. 164—180.) **33**, 348.

Furuya, A., Experimentelle Studie über die Funktion der Schwesterorgane nach einseitiger Nephrektomie. (Biochem. Inst., med. Fak., Univ. Niigata.) (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. **25**, Nr. 7, S. 85—86.) **34**, 177.

Goldstein, Walter, Schwere Nierenschädigung und Urämie nach Anwendung von „Chloramin-Heyden". (Städt. Krankenh. Berlin-Lichtenberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 4, S. 153.) **31**, 353.

Golubev, A., Zur chirurgischen Anatomie der Nierenarterien. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 153—156.) (Russisch.) **36**, 318.

Grauhan, Max, Über Entlastungsreaktionen bei Harnstauungsniere. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 157—165.) **34**, 381.

Grigorjev, J., Zur Frage der Niereninnervation. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 156—159.) (Russisch.) **36**, 318.

Haebler, Hans, Zur Anatomie und Physiologie des Nierenbeckens. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 5, S. 332—338.) **32**, 302.

Held, I. W., A discussion of the present status of affections of the kidney. (Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 17—57.) *

Hess, Elmer, and A. F. Massaro, Sodium thiosulphate in mercuric chloride poisoning. Prelim. report. (St. Vincent's hosp., Erie.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 539 bis 547.) **35**, 636.

Hryntschak, Theodor, Beiträge zur Anatomie und Physiologie von Nierenbecken und Harnleiter. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 64—68.) **33**, 134.

Hryntschak, Theodor, Zur Anatomie und Physiologie des Nervenapparates der Harnblase und des Ureters. II. Mitt. Über den Ganglienzellapparat von Nierenbecken und Harnleiter des Menschen und einiger Säugetiere. (Neurol. Inst., Univ. Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **18**, H. 1/2, S. 86—110.) *

Hueter, C., Verhalten der Nierenkapsel bei einigen Nierenerkrankungen. (Städt. Krankenh., Altona.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **255**, H. 1/2, S. 137—143.) **32**, 847.

Judd, Edward Starr, Partial resection of the kidney. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 458—471.) **35**, 634.

Jungmann, P., und H. Bernhardt, Zur Innervation der Niere. (37. Kongr., Wiesbaden, Sitzg. v. 20.—23. IV. 1925.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. inn. Med. S. 231 bis 233.) **33**, 602.

Iwanitzkij, M. F., Zur Anatomie des Nierenbeckens. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 658—660.) (Russisch.) **35**, 55.

Keller, A., und F. Rost, Über den Einfluß von Entkapselung und Entnervung der Niere auf Vergiftungen dieses Organs. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 5/6, S. 251—255.) **32**, 898.

Larrù, E., und S. Aguilar Sarmiento, Der pyelovenöse Rückfluß. (Med. ibera Bd. **19**, Nr. 413, S. 289—293 u. Nr. 414, S. 317—320.) (Spanisch.) **36**, 318.

Leonard, Veader, and Austin Wood, The present status of hexyl-resorcinol as an internal urinary disinfectant. (Dep. of bacteriol., school of hyg. a. public health, Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 24, S. 1855—1861.) **36**, 141.

Lepoutre, C., De la dilatation permanente des orifices urétéraux et du réflux vésico-rénal (Uretère forcé). (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. **2**, Nr. 2, S. 146—167.) **34**, 531.

Lichtwitz, L., Die Praxis der Nierenkrankheiten. (Fachbücher f. Ärzte. Bd. 8.) 2., neubearb. Aufl. (Berlin: Julius Springer 1925. VIII, 315 S. geb. RM. 15.—.) **31**, 769.

Lurz, L., Über Nierentransplantationen. Vergleichende Untersuchungen des Urins und der Uretertätigkeit der autotransplantierten und der normalen Niere. (Chir. Klin., Univ. Heidelberg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 25—49.) **35**, 845.

Marion, G., De l'utilité du cathétérisme urétéral dans la colique néphrétique par lithiase. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 62, S. 1043.) **34**, 527.

Mark, Robert E., Ergebnisse partieller Nierenexstirpation am Tiere. (Exp. Abt., Physiatr. Inst., Morristown.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **46**, H. 1/2, S. 1 bis 14.) **35**, 634.

Martin, W. F., and W. N. Chynoweth, Lesions of the kidneys presenting vague or misleading abdominal symptoms. (Urol. dep., Battle Creek sanit., Battle Creek, Mich.) (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 9, S. 473—477.) **34**, 602.

Meyer-Bisch, Robert, und Walter Koennecke, Untersuchungen über die Innervation der Niere. I. Mitt. Der Einfluß der Entnervung. (Med. u. chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **45**, H. 3/4, S. 343—355.) **32**, 897.

Meyer-Bisch, Robert, und Walter Koennecke, Untersuchungen über die Innervation der Niere. II. Mitt. Der Einfluß der Vagotomie und Splanchnicotomie. (Med. u. chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **45**, H. 3/4, S. 356—367.) **32**, 898.

Oppenheimer, Rudolf, Zur Frage reizloser Harnantiseptica. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 3, S. 193—195.) **32**, 631.

Pflaumer, Ed., Beobachtungen zur Physiologie der Nierenkelche und des Nierenbeckens. (VI. Kongr. Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 62—63.) **33**, 396.

Picker, Rudolf, Die Adnexpathologie als Ergebnis der funktionellen Probleme in der Urologie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 290.) *

Pillet, Des lésions graves et latentes du rein. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 31, S. 118 bis 121.) *

Runeberg, Birger, Über Lymphfollikel in der Schleimhaut des Nierenbeckens. (Chir. Klin., u. pathol. Inst., Univ. Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 81—96.) **31**, 400.

Sordinas, T., Les points douloureux en urologie. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 42, S. 678—680.) **35**, 631.

Steinberg, James, Referred kidney pain. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 7, S. 390 bis 392.) **34**, 177.

Vassiljeff, A. I., und N. I. Sofronoff, Experimentelle Nierenkolik als differentialdiagnostisches Zeichen bei kombinierten Erkrankungen. (Urol. Abt., Oktober-Krankenh., Leningrad.) (Žurnal dlja usoveršenstvovanija vračej Nr. **10**, S. 540 bis 545.) (Russisch.) **35**, 587.

Westenhöfer, Max, Über die antomischen Grundlagen meiner Melktheorie der Nierenkelche. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 54—61.) **33**, 133.

Nierenfunktionsprüfung.

Albano, Giovanni, Sul valore dell'indice refrattometrico in urologia. (Clin. urol. priv. d. prof. E. Pirondini, Roma.) (Arch. ital. di urol. Bd. **1**, H. 6, S. 644 bis 648.) **34**, 175.

Alessandri, Roberto, L'esame della funzione renale con i moderni metodi dî indagine. (Roma: Luigi Pozzi 1925. VIII, 247 S. L. 30.—.) *

Allemann, R., Die Säure-Umschlag-Alkalimethode nach Rehn als Nierenfunktionsprüfung im Vergleich zu den von uns angewandten bisherigen Methoden. (Chir. Univ.-Klin., Zürich.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 3, S. 391 bis 403.) **34**, 591.

Alvarez, Clemente, Phenolsulfonphthalein und Ambardsche Konstante. (Rev. méd. del Rosario Jg. **15**, Nr. 2, S. 96—104.) (Spanisch.) *

Aruga, J., Über die Nierenfunktionsprüfungsmethode durch Thiosulfat. (I. med. Klin., med. Hochsch., Niigata.) (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. **25**, Nr. 12, S. 987—1023.) (Japanisch.) **34**, 855.

Barnes, Roger W., The influence of scopolamine-morphine narcosis on renal function. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 8, S. 459—462.) **35**, 455.

Berne-Lagarde, R. de, Les procédés d'exploration des fonctions rénales en chirurgie urinaire. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 12, S. 467—471.) *

Bettoni, Italo, Un nuovo indice per la misura della funzionalità renale. (Osp. magg. [Milano] Jg. **13**, Nr. 8, S. 233—245.) **34**, 39.

Blaustein, Nathan, A comparison of the renal function before and after prostatectomy. With an investigation of the concomitant infection of the gland and the genitourinary tract in twenty cases of suprapubic prostatectomy for senile hypertrophy of the gland. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 12, S. 738 bis 743.) **33**, 550.

Boeminghaus, H., Zur Feststellung des Einflusses der Blasenfüllung auf die Funktion der Nieren, speziell die Wasserausscheidung. (Chir. Klin., Univ. Halle a. S.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 4, S. 138—140.) **32**, 844.

Borza, Jenö, Über die Methoden der funktionellen Nierendiagnostik mit besonderer Berücksichtigung der Kryoskopie. (Urol. Univ.-Klin., Budapest.) (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 26, S. 606—610.) (Ungarisch.) **34**, 591.

Caillet, A., Intérêt clinique de la constante d'Ambard des causes d'erreur à éviter dans son interprétation. (Journ. méd. franç Bd. 14, Nr. 12, S. 471—474.) 35, 844.

Casaubón, Alfredo, und Perlina Winocur, Die Ausscheidung des Phenolsulfophthaleins beim normalen Kind. (Clín. pediátr. y puericult., fac. de ciencias méd., Buenos Aires.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 49, S. 1431—1433.) (Spanisch.) 35, 843.

Damas, L., Examen de la fonction rénale. (Bull. des sciences pharmacol. Bd. 32, Nr. 6, S. 334—341.) *

Day, Robert V., A method for accurate collection of the bladder leakage of phthalein in kidney studies. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 73—77.) 32, 844.

Egyedi, David, Untersuchungen mit intravenösen Einspritzungen von Indigocarmin und Phlorrhizin zur Prüfung der Nierenfunktion. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 173—176.) 33, 135.

Eick, Ernst, Indicangehalt des Blutes und Niereninsuffizienz. Angabe einer colorimetrischen Indicanbestimmung. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 330—336.) 34, 732.

Ellinger, Ph., und A. Hirt, Zur Funktion der Nierennerven. (Pharmakol. u. anat. Inst., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 106, H. 3/4, S. 135—208.) 33, 281.

Eskelund, Viggo, Einige Nierenfunktionsproben bei Prostatahypertrophie. (5. afd., Kommunehosp., Kobenhavn.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 35, S. 827—840 u. Nr. 36, S. 841—849.) (Dänisch.) 35, 632.

Fain, L. S., Die Ambardsche Konstante in der funktionellen Nierendiagnostik. (Urol. Klin., Prof. Cholzoff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 678—681. Leningrad 1925.) (Russisch.) 35, 259.

Fois, Enrico, La reazione del bleu dimetilene nelle urine come mezzo diagnostico dal punto di vista della malignità. Pt. I. (Clin. chir., univ., Cagliari.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 13, S. 201—204.) *

Foster, Nellis B., Renal function in persons having only one kidney. (New York hosp., New York.) (Arch. of internal med. Bd. 36, Nr. 6, S. 884—888.) 35, 844.

Furuya, A., Experimentelle Studie über die Funktion der Schwesterorgane nach einseitiger Nephrektomie. (Biochem. Inst., med. Fak., Univ. Niigata.) (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. 25, Nr. 7, S. 85—86.) 34, 177.

Goldberger, Jacques, Funktionsprüfung und Ureterenkatheterismus. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 167 bis 172.) 32, 844.

Goldberger, Jacques, Zur Frage der Wasser-, Kochsalz- und Harnstoff-Ausscheidungstätigkeit der Niere. (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 1/2, S. 1—22.) *

Haberer, H., Klinische Erfahrungen mit der Preglschen Nierenfunktionsprüfung. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 24, S. 665—668.) 33, 533.

Haberer, Hans, Klinische Erfahrungen mit der Nierenfunktionsprüfung nach Pregl. (Chir. Klin., Univ. Graz.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, Kongreßber., S. 493—501 u. S. 152 bis 155.) 33, 533.

Haebler, H., Über eine seltenere Ausscheidungsstörung der Nieren. (Stenonephrie.) (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 27. V. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 2, S. 86—90.) 32, 845.

Haines, Wilbur H., and L. F. Milliken, Renal function. The results of experimental work with morphin and atropin. (Surg. research laborat., dep. of urol., graduate school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1853—1855.) 35, 843.

Holboll, S. A., Untersuchungen über die quantitative Bestimmung von Natriumthiosulfat im Urin mit besonderer Berücksichtigung der Anwendbarkeit des Stoffes als Nierenfunktionsprobe. (Univ. med. klin., rigshosp., Kopenhagen.) (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, April-H., S. 149—165.) (Dänisch.) 33, 281.

Judin, M., Beitrag zur funktionellen Nierenprüfung bei Prostatahypertrophie. (Chir. Klin., Univ. Bern.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 10, S. 201—206.) 32, 532.

Izzo, Roque A., Das Phenolsulfophthalein in der funktionellen Nierendiagnostik. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. de med. interna] Bd. 37, Nr. 235, S. 278 bis 286.) (Spanisch.) 35, 843.

Lévy, Robert, et Mario Negro, La sensibilité de l'épreuve de la P. S. P. pour l'exploration fonctionnelle des reins. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 3, S. 208—229.) 32, 843.

López, Adolfo Martín, Funktionsprüfung einer polycystischen Niere. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 6, S. 157—159.) (Spanisch.) *

Lundsgaard, C., und Eggert Møller, Untersuchungen über den Wert der Phenolsulfophthaleinprobe bei Nieren- und Kreislauferkrankungen. (Univ. med. klin., Rigshosp., Kopenhagen.) (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, H. 1, S. 1—28.) (Dänisch.) 33, 603.
Meltzer, Maurice, Blood chemistry and kidney function in relation to safety-first genito-urinary surgery. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 2, S. 67—72.) 35, 632.
Milliken, L. F., and W. G. Karr, The influence of the nerves on kidney function in relation to the problem of renal sympathectomy. (Dep. of surg. research, biochem. a. urol., grad. school of med., univ. of Pennsylvania, a. laborat. of biochem., gen. hosp., Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 1—23.) 32, 845.
Møller, Eggert, und C. Lundsgaard, Untersuchungen über das Schicksal des Phenolsulfonphthaleins im Organismus. (Univ. med. Klin., Rigshosp., Kopenhagen.) (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Mai-H., S. 197—205.) (Dänisch.) 33, 756.
Nicolaysen, N. Aars, Über Ambards uro-sekretorische Konstante. (Med. rev. Jg. 42, Nr. 10, S. 455—477.) (Norwegisch.) 35, 632.
Norgaard, A., Ein kurzdauernder Wasserversuch zur Untersuchung der Nierenfunktion. (Univ. med. klin., Rigshosp., Kopenhagen.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 8, S. 165—168.) (Dänisch.) 33, 534.
Nyiri, W., Kurzfristige, einzeitige Nierenfunktionsprüfung mit Jodnatrium und Thiosulfat. (Krankenh. Wieden, Wien.) (Wien. Arch. f. inn. Med. Bd. 9, H. 3, S. 511 bis 540.) 32, 844.
Ockerblad, Nelse F., Further studies in the application of the creatinin kidney function test. (Urol. serv., univ. of Kansas school of med., Kansas.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 477—488.) 36, 717.
Ody, F., Über die Nierenfunktionsprüfung nach Pregl und die Erfahrungen Haberers mit dieser Methode. (Städt. Krankenh., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 5/6, S. 300—311.) 34, 106.
Pacetto, G., La concentrazione ureica della saliva quale indice della funzione renale nello studio del ricambio azotato. (Istit. di patol. chir., univ., Pavia.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 28, S. 649—652.) 34, 591.
Pannewitz, G. v., Die Säure-Alkaliausscheidungsprobe zur Funktionsdiagnose kranker Nieren. (Chir. Klin., Univ. Freiburg i. Br. u. chir. klin. med. Akad., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 125—163.) 33, 535.
Papin, E., et J. Kesseler, La section de l'isthme ou symphyséotomie dans le rein en fer à cheval. (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 1, S. 1—40.) 32, 846.
Pregl und v. Haberer, Eine neue Methode in der funktionellen Nierendiagnostik. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18 IV. 1925.) 31, 707. 33, 183.
Pregl, Fritz, Über eine einfache Untersuchung der funktionellen Leistungen beider Nieren. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 24, S. 663—665.) 33, 532.
Pregl, Fritz, Über eine einfache Untersuchung der funktionellen Leistungen beider Nieren. (Med.-chem. Inst., Univ. Graz.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 [Kongreßbericht], S. 489 bis 492.) 33, 533.
Rehn, Derzeitiger Stand der Säurealkali-Ausscheidungsprobe in der funktionellen Nierendiagnostik. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138, [Kongreßbericht], S. 502—509 u. S. 152 bis 155.) 31, 707. 33, 604.
Riising, I., Kurzdauernder Wasserversuch zur Nierenfunktionsprüfung. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 9, S. 227—228.) 33, 535.
Salomon, A., Zur Kenntnis der Nierenfunktion bei Blasenstauung, speziell bei Prostatahypertrophie. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 9, S. 348—350 u. Nr. 10, S. 394—397.) 32, 678.
Schlayer, Über die Funktionsprüfung der Nieren. (Jahreskurse f. ärztl. Fortbild. Jg. 16, H. 4, S. 27—39.) *
Schönbauer, L., und L. R. Whitaker, Experimentelle Untersuchungen über den Einfluß des vegetativen Nervensystems auf die Funktion experimentell geschädigter Nieren. (I. chir. Univ.-Klin., Wien u. chir. Klin., Harvard Univ., Boston, Mass.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 22, S. 580—582.) 34, 252.
Shaw, E. Clay, A study of the curve of elimination of phenolsulphonphthalein by the normal and diseased kidneys. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 575—591.) 33, 536.
Stevens, William E., Kidney anomalies: Report of a case of bilateral fusion of a supernumerary kidney. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 3, S. 294—298.) 32, 846.

Strachstein, A., Renal function determination aided by the use of sodium salicylate intravenously. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 1, S. 28—30.) **33**, 535.
Todd, L. C., and A. J. Crowell, Separate kidney function: Comparative value o dye excretion (phenolsulphonephthalein) and salt excretion (specific gravity) as tests of differential kidney function. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. **4**, S. 282 bis 287.) **33**, 535.
Tonnet, J., Constante uréosécrétoire d'Ambard. (Hôp. Tenon, Paris.) (Progr. méd. Jg. **53**, Nr. 1, S. 17—18.) *
Waldorp, Carlos P., Untersuchungen der Nierenfunktion mit Probemahlzeiten. (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. **38**, Nr. 233, S. 39—59.) (Spanisch.) *
Young, Hugh H., and Charles F. Elvers, A phthaleinometer for rapid estimation of the phenolsulphophthalein test. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 1, S. 79—83.) **32**, 531.

Dystopische, Hufeisenniere, Einzelniere, Mißbildungen.

Alferoff, M., Dystopia renis congenita. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 22/23, S. 1795 bis 1797.) (Russisch.) *
Astraldi, A., Un cas d'ectopie rénale unilatérale croisée. (Arch. urol. de la clin. de Necker Bd. **5**, H. 1, S. 85—90.) *
Bianchetti, Carlo Felice, Idronefrosi destra in rene unico a ferro di cavallo. Eminefrectomia. Guarigione. (Sez. chir., osp. S. S. Trinità, Varallo Sesia.) (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 57—62.) *
Bianchini, A., Le anomalie congenite del rene e degli ureteri. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. de urol. Bd. **2**, H. 2, S. 125—148.) **35**, 910.
Blanc, H., et M. Negro, A propos de la disposition des canaux excréteurs dans un rein en fer à cheval hydro-pyonéphrotique. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. **3**, S. 210—219.) **35**, 911.
Boeckel, André et A. Franck, Uretère bifide et bassinet double du côté gauche. Uropyonéphrose partielle. Néphrectomie. Guérison. (Strasbourg méd. Jg. **83**, Nr. 7, S. 225—228.) *
Brecher, Eduard, Über kongenitale Nieren- und Uretermißbildungen. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 100—107.) **33**, 756.
Bundschuh, Eduard, Zur Methode der Nephropexie. (Juliusspit., Würzburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 14, S. 751—754.) **32**, 48.
Butkiewicz, T., Die Wanderniere und ihre operative Behandlung. (Polski przegląd chir. Bd. **3**, H. 4, S. 502—503.) (Polnisch.) **35**, 846.
Caulk, John R., Horseshoe kidney. (Barnes hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1233—1244.) *
Cevaria, Luigi, Ematuria da rene mobile, nefropessia, guarigione. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 8, S. 220—221.) *
Dervieux et Piédelièvre, Rein gauche dans le petit bassin. Anomalie des vaisseaux et du bassinet. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. **95**, Nr. 1/5, S. 56—57.) *
Dobrotvorskij, V. I., Über einige klinisch wichtige Formen der Nierenanomalien. (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Fedorov, milit.-med. Akad., Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 12, S. 11—20.) (Russisch.) **35**, 453.
Egyedi, David, Ein in vivo diagnostizierter Fall von zweigeteiltem Ureter und verdoppeltem Nierenbecken. (Apponyi Albert-Poliklin., Budapest.) (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. **3**, Nr. 2, S. 41—42.) (Ungarisch.) *
Eisendrath, Daniel N., and Frank M. Phifer, Bilateral heminephrectomy in bilateral double kidney. (Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 5, S. 525—535.) **33**, 541.
Eisendrath, Daniel N., Frank M. Phifer and Harry B. Culver, Horseshoe kidney. (Cook County a. Michael Reese hosp., Chicago.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 5, S. 735 764.) **34**, 593.
Elfving, Arvo R., Über gekreuzte Dystopie der Nieren. (Länskrankenh., Wiborg, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 305—310.) **33**, 540.
Fischer, Aladár, Über die Hufeisenniere und die Technik der Operation an der Hufeisenniere. (Gyógyászat Jg. **66**, Nr. 51/52, S. 1153—1159.) (Ungarisch.) **36**, 46.
Fischer, Karl, und Karl Rosenloecher, Über einen Fall von dritter Niere mit selbständigem Harnleiter. (Urol. Abt. u. Pathol. Inst., med. Akad., Düsseldorf.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 1/2, S. 61—66.) **31**, 769.
Foster, Nellis B., Renal function in persons having only one kidney. (New York hosp., New York.) (Arch. of internal med. Bd. **36**, Nr. 6, S. 884—888.) **35**, 844.

Gastreich, F., Zur Frage der Nierenbeweglichkeit. (Anat. Inst., Univ. Erlangen.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **184**, H. 2/3, S. 523—534.) *
Goldstein, A. E., Congenital absence of one kidney: Review of literature and report of two cases. (Urol. clin., Hebrew hosp., Baltimore.) (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 10, S. 750—757.) **34**, 594.
Gorasch, W., Über eine neue Fixationsmethode der dislozierten Niere (Fascioplicatio). (Trinitatis-Krankenh., Leningrad, Priv.-Doz. Gorasch.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 3, Nr. 27, S. 382—388.) (Russisch.) **34**, 528.
Gottlieb, J. G., Über die Diagnose und Behandlung der Nierendystopie. (Urol. Klin., I. Moskauer Univ., Prof. Fronstein.) (Novyj chirurgičeski archiv Bd. **7**, H. 2, Nr. 26, S. 259—269.) (Russisch.) **33**, 252.
Haas, Norbert C., Tumoren in Hufeisennieren. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 27. V. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 2, S. 81—86.) **33**, 541.
Harpster, Charles M., Bilateral ectopic kidneys. (Genito-urinary dep. of St. Vincent's hosp., Toledo, Ohio.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 3, S. 309—319.) **32**, 625.
Haslinger, Koloman, Doppelureter und doppeltes Nierenbecken. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 6, S. 422—428.) **33**, 604.
Hellsten, Oscar Th., A case of hydronephrosis in a horseshoe kidney. Heminephrectomy. (Surg. dep., univ. hosp., Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. **59**, H. 4/5, S. 415 bis 426.) *
Hensel, Rudolf, Fall von 7tägiger Anurie bei Einzelniere unter dem Bilde einer echten Steinkolik. (Städt. Krankenh., Hamburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 25, S. 1034—1035.) **33**, 538.
Janssen, Peter, Cystische Erweiterung des Ureters bei Aplasie der anderen Niere. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 90.) *
Janssen, Peter, Wanderniere und Gallenblasenerkrankungen. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 180. 1925.) *
Jean, G., Uropyonéphrose et lithiase d'un rein en ectopie iléo-pelvienne. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 2, S. 136—139.) *
Invernizzi, Giuseppe, Contributo allo studio delle malformazioni renali. (Istit. di anat. patol., osp. Bergamo.) (Pathologica Jg. **17**, Nr. 400, S. 383—386 u. Nr. 401, 413—417.) *
Kielleuthner, Ludwig, Über angeborene Veränderungen am Nierenbecken und Ureter im jugendlichen Alter. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 83.) **33**, 134.
Klisič, J., Eine neue Methode der Nephropexie. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 12, S. 688—690.) (Serbo-kroatisch.) **34**, 528.
Kornfeld, W., und A. Fessler, Ein erhalten gebliebener teilweise ektopischer Sinus urogenitalis, verbunden mit einer Doppelbildung des Sigmoids. (Embryol. Univ.-Inst. u. Wilhelminenspit., Wien.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 2, S. 528—550.) **33**, 540.
Krediet, G., und W. H. Schultze, Der Zusammenhang zwischen der Agenesis einer Niere, der gehemmten Entwicklung des Genitalapparates und dem Fehlen des hinteren Beines an derselben Seite; zugleich ein Beitrag zur Kenntnis des Lenden- und Sakralmarkes beim Schafe. (Inst. f. Anat., tierärztl. Hochsch., Utrecht.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 165—187.) *
Kretschmer, Herman L., Unilateral fused kidney. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 3, S. 360—366.) *
Krymmorov, A. P., Die Chirurgie der Hufeisenniere. (Kijevskaja medizinskaja žišn Jg. **1**, Bd. 1, S. 55—67.) (Russisch.) *
Lauwens, René, Un cas d'ectopie rénale en position pelvienne. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 19, S. 440—442.) *
Legueu, F., Die Nephrektomie bei der Hufeisenniere. (Riv. méd. de Barcelona Bd. **3**, Nr. 16, S. 344—348.) *
Lukjanov, G., Zur Technik der Nephropexie. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 168—171.) (Russisch.) **36**, 324.
Mathé, Charles P., Movable kidney. (Dep. of urol., St. Mary's hosp., San Francisco.) (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 605—622.) **33**, 537.
Mikiciński, Vereinfachtes Verfahren der Nephropexie. (Polski przegląd chir. Bd. **3**, H. 2, S. 192—194.) (Polnisch.) **35**, 846.
Nuzzi, Oreste, La inversione renale congenita. (Osp. pellegrini, Napoli.) (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 75—90.) **34**, 592.
Ostrčil, A., Operierte Nierendystopie. (Tschechoslow. chir.-gynäkol. Ges., Brünn, Sitzg. v. 16. V. 1925.) (Rozhledy v chir. a. gynaekol. Jg. **4**, H. 1, S. 19—20.) (Tschechisch.) *

Pazzi, Ermanno, Considerazioni su di un rene „a ferro di cavallo“ messo in evidenza anche con l'indagine radiologica. (Clin. priv. p. chir. urin., prof. E. Pirondini, Roma.) (Arch. di radiol. Bd. 1, H. 6, S. 857—867.) *
Perrier, Ch., Pyonéphrose d'un rein en ectopie pelvienne. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 29—32.) *
Possati, Alberto, Il rene fuso nel quadro radiologico. (3 casi di rene a ferro di cavallo: un caso di sinfisi renale unilaterale.) (Istit. di radiol., Villa Verde, Bologna.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 3—30.) 34, 565.
Primans, J., La dystopie rénale congénitale dans ses rapports avec l'atavisme. (Inst. d'anat., univ., Riga.) (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 98, Nr. 26, S. 549—552.) *
Rabinovič, M., Über die klinische Bedeutung der Nierendystopie. (Militärhosp., Tomsk.) (Izvestija Tomskovo gosudarstvenogu universiteta Bd. 76, S. 128—141.) (Russisch.) *
Rose, F. J., Eine neue biologische Methode der Wandernierenfixation. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 66—107.) (Russisch.) 35, 911.
Salleras, J., und J. A. Blacksley, Hohe lumbale Ektopie der linken Niere bei normaler Lage der rechten. Vorstellung eines angeborenen Falles. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 22, S. 1161—1162.) (Spanisch.) 33, 540.
Scheele, Karl, Die chirurgische Behandlung von Mißbildungen des Urogenitalapparates. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 1, S. 45—51.) 32, 530.
Schillings, Le rein en fer à cheval. (Scalpel Jg. 78, Nr. 37, S. 961—969.) 33, 13.
Sexton, W. G., Resection of a unilateral fused kidney with case report. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 4, S. 399—410.) 33, 541.
Smirnow, A. W., Über die Doppelniere. Ein Beitrag zur Diagnose der Hydronephrose einer Doppelniere. (Urol. Abt., chir. Hospitalklin., u. II. chir. Abt., St. Georgenkrankenh., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 1/2, S. 61—72.) 33, 252.
Swayne, R. W., Notes on a case of congenital abnormalities of the bladder and kidneys. (Journ. of the roy. army med. corps. Bd. 44, Nr. 1, S. 49—52.) *
Tananajko, P. G., Zur operativen Behandlung der Wanderniere. (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Krymov, Univ. Kiev.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 1, Nr. 33, S. 63 bis 66.) (Russisch.) 35, 589.
Weiser, Arthur, Über einen Fall von beiderseitiger Anomalie des Harnapparates. (Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 1/2, S. 53—60.) 33, 253.
Zamuchovskij, J., Zur Frage der Anomalien der Anzahl der Nierenbecken und der Harnleiter. (Inst. f. topogr. Anat. u. operat. Chir., Univ. Baku.) (Žurnal teoretičeskoj i praktičeskoj mediciny Bd. 1, H. 1/2, S. 151—157.) (Russisch.) *

Nierenchirurgie.

Abadie, J., Des avantages de l'incision transversale de Louis Bazy dans la chirurgie du rein. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 281—285.) 33, 537.
Alcock, Nathaniel G., A few cases of two-step nephrectomies. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 239—248.) 35, 635.
Ambard, L., Hypertrophie pondérale et hyperactivité fonctionnelle du rein après néphrectomie. (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 3, S. 341—347.) *
André, P., De la dérivation des urines en amont de la vessie. Néphrostomie ou urétérostomie. (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 6, S. 196—200.) 34, 176.
Bakuleff, A. P., Ureterimplantation in die Blase bei gleichzeitiger Erkrankung der anderen Niere. (Chir. Klin., Univ. Saratoff, Prof. Spassokukozki.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 226—231.) (Russisch.) 35, 261.
Beer, Edwin, Ureterovesical anastomosis, with a rubber tube in a patient with solitary kidney, whose lower ureter had been completely stenosed following the removal of a giant ureter calculus. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 106 bis 110.) 32, 847.
Belt, A. Elmer, and James J. Joelson, The effect of ligation of branches of the renal artery. (Med. school, Harvard univ. laborat. f. surg. research a. urol. clin., Peter Bent Brigham hosp. Boston.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 1, Tl. 1, S. 117 bis 149.) 32, 242.
Beresnegowsky, N., Zur Pyelolithotomiefrage. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1882—1884.) 34, 179.
Bloch, Giorgio, Contributo allo studio della funzione vicaria del rene superstite immediatamente dopo nefrectomia. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 498—509.) 34, 255.

Butkiewicz, T., Die Wanderniere und ihre operative Behandlung. (Polski przegląd chir. Bd. 8, H. 4, S. 502—503.) (Polnisch.) 35, 846.

Cabot, Hugh, The operative approach for malignant tumors of the kidney. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 261—267.) 35, 644.

Cairns, H. W. B., Renal colic as a late complication of nephrectomy. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 178—180.) 34, 177.

Casper, L., Zur Therapie der Nephritis. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 10. III. 1925.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 8, S. 565—576.) 34, 595.

Casper, Leopold, Nierenentnervung und Dekapsulation. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 150—156.) 33, 253.

Cevario, Luigi, Ematuria da rene mobile, nefropessia, guarigione. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 8, S. 220—221.) *

Chute, Arthur L., Injury to the vena cava during nephrectomy. Report of four cases. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 43—49.) 32, 850.

Chute, Arthur L., The need of conservatism in renal surgery. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 231—237.) 35, 644.

Cifuentes, Contribution à l'étude de l'exploration sanglante du rein. (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 6, S. 452—461.) 36, 284.

Cifuentes, P., Die Fisteln bei Nierensteinoperationen. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 313, S. 5—19.) (Spanisch.) 32, 536.

Cifuentes, Pedro, Die postoperative Periode in der Chirurgie der Harnorgane. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 7—47.) (Spanisch.) 36, 645.

Crosbie, Arthur H., The rôle of nephrostomy in genito-urinary surgery. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 249—252.) 35, 650.

Čugaev, A., Dekapsulation der Nieren bei Anurie nach Sublimatvergiftung. (Verhandl. d. l. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 188—195.) (Russisch.) 37, 363.

Ernst, Max, Untersuchungen über Nephrotomien an Ratten. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 181—183.) 33, 350.

Furuya, A., Experimentelle Studie über die Funktion der Schwesterorgane nach einseitiger Nephrektomie. (Biochem. Inst., med. Fak., Univ. Niigata.) (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. 25, Nr. 7, S. 85—86.) 34, 177.

Havlicek, Hans, Die Leitungsunterbrechung der Splanchnicusbahn zur Behebung der Nierengefäßabdrosselung. (Dr. Lahmanns Sanat. Weißer Hirsch-Dresden.) (Zentralbl. f. inn. Med. Jg. 46, Nr. 20, S. 465—470.) 32, 474.

Hels, Robert, Über die Technik der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung des Ureters. (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Juni-Juli-H., S. 258—268.) (Dänisch.) 34, 601.

Hustinx, Ed., Extraperitonealer Zugang zur Niere und Harnleiter längs der vorderen Bauchwand. (St. Jozef Ziekenh., Heerlen.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 1, S. 28—41.) (Holländisch.) 34, 177.

Jalifier, Le cathétérisme à demeure de l'uretère dans la néphrostomie. (Clinique Jg. 20, Nr. 44, S. 181—182.) 32, 850.

Israel, James, und Wilhelm Israel, Chirurgie der Niere und des Harnleiters. Ein Lehrbuch. (Leipzig: Georg Thieme 1925. XVI, 584 S. RM. 36.—.) 32, 669.

Judd, Edward Starr, Partial resection of the kidney. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 458—471.) 35, 634.

Keller, A., und F. Rost, Über den Einfluß von Entkapselung und Entnervung der Niere auf Vergiftungen dieses Organs. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 5/6, S. 251—255.) 32, 898.

Key, Einar, On operations for calculi in the lower part of the ureter. (Surg. dep., Maria hosp., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 551 bis 561.) 32, 537.

Klisic, J., Eine neue Methode der Nephropexie. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 12, S. 688—690.) (Serbo-kroatisch.) 34, 528.

Kulenkampff, D., Der Nierenbeckenschnitt zur Steinentfernung ohne Luxation der Niere. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 8, S. 402 bis 405.) 32, 535.

Lasch, C. H., Ein Beitrag zur Frage der Nierendekapsulation. (Chir. Klin., Univ. Rostock.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 10, S. 768—772.) 33, 349.

Legueu, F., Die Nephrektomie bei der Hufeisenniere. (Riv. méd. de Barcelona Bd. 8, Nr. 16, S. 344—348.) *

Lowsley, Oswald Swinney, Right nephrectomy with paravertebral anesthesia. (New York hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 285 bis 288.) *

Mark, Robert E., Ergebnisse partieller Nierenexstirpation am Tiere. (Exp. Abt., (Physiatr. Inst., Morristown.) (Zeitschr. f. d. ges. exp. Med. Bd. **46**, H. 1/2, S. 1 bis 14.) **35**, 634.

Mathé, Charles P., Movable kidney. (Dep. of urol., St. Mary's hosp., San Francisco.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 5, S. 605—622.) **33**, 537.

Mejerson, M., Experimentell-histologischer Beitrag zur Frage der Nierendekapsulation bei Sublimatnephrose. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine. Charkov, Bd. **2**, S. 195—199.) (Russisch.) **37**, 362.

Mermingas, K., Die operative Freilegung der Niere. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 41, S. 2300—2303.) **33**, 397.

Mikiciński, Vereinfachtes Verfahren der Nephropexie. (Polski przegląd chir. Bd. **3**, H. 2, S. 192—194.) (Polnisch.) **35**, 846.

Ostrčil, A., Operierte Nierendystopie. (Tschechoslow. chir.-gynäkol. Ges., Brünn, Sitzg. v. 16. V. 1925.) (Rozhledy v chir. a. gynaekol. Jg. **4**, H. 1, S. 19—20.) (Tschechisch.) *

Rehn, E., Operative Behandlung der Niereninsuffizienz. (Chir. Klin., med. Akad., Düsseldorf.) (Fortschr. d. Therapie Jg. **1**, H. 2, S. 39—40.) **32**, 243.

Richter, H. M., and L. M. Zimmermann, Resection of kidney for calculous pyonephrosis. (Wesley mem. hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. **6**, S. 810.) **36**, 643.

Rose, F. J., Eine neue biologische Methode der Wandernierenfixation. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **8**, H. 1, Nr. 29, S. 66—107.) (Russisch.) **35**, 911.

Rosenstein, Paul, Ein funktioneller Lumbalschnitt zur Freilegung der Niere. (Krankenh. d. jüd. Gemeinde, Berlin.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 3/4, S. 119 bis 126.) **31**, 891.

Rosenstein, Paul, Ein funktioneller Schnitt zur Freilegung der Niere. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 187.) **32**, 850.

Rosenstein, Paul, Über Gewebsdesinfektion infizierter Nieren nach operativer Freilegung. (Krankenh. d. jüd. Gem., Berlin.) (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 28. IV. 1925.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 9, S. 656—667.) **34**, 108.

Rubritius, Über Nierendekapsulation. (Allg. Poliklin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 41, S. 2265—2270.) **34**, 594.

Rubritius, Hans, Zur Technik der Nierenentnervung. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 147—149.) **34**, 107.

Stark, W., Zur Frage über die chirurgische Behandlung der Sublimatnephritis. (Eisenbahn-Krankenh., Wladikawkas.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 3, Nr. 27, S. 408—411.) (Russisch.) **34**, 595.

Stropeni, Luigi, L'influenza della decapsulazione sul circulo arterioso e venoso del rene. (Clin. chir. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **18**, Nr. 472—497.) **34**, 176.

Weiser, Arthur, Zur Klinik der Nephrektomie. (Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 1/2, S. 29—52.) **33**, 675.

Nierenverletzungen.

Canuti, Giovanni, Intorno alla rottura traumatica del rene. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 3, S. 51—53.) *

Day, Robert V., and Harry W. Martin, Injuries to the urinary organs in relation to industrial accidents. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. **7**, S. 849—853.) **34**, 254.

Hämäläinen, M., Über den Entstehungsmechanismus der durch stumpfe Gewalt verursachten sogenannten subcutanen Rupturen der parenchymatösen Organe des Unterleibes (der Leber, der Milz und der Nieren) mit besonderer Berücksichtigung der Berstungsrupturen. Eine experimentelle, klinische und physikalische Studie. (Chir. Univ.-Klin., Helsinki.) (Acta societatis medicorum Fennicae „Duodecim" Bd. **6**, H. 3, S. 1—83.) **33**, 899.

Haslinger, Koloman, Zwei Fälle von Nierenverletzung beim Fußballspiel. (II. Chirurg. Univ.-Klin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **37**, Nr. 45, S. 1163 bis 1164.) **31**, 401.

Herszky, Paul, Über einen Fall von Massenblutung in das Nierenlager. (Auguste-Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 19, S. 700 bis 702.) **33**, 547.

Kelly, E. C., Hematuria from a traumatic ruptured kidney. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 3, S. 215.) *

Mucharinskij, M. A., Über die subcutanen Nierenverletzungen (experimentelle Untersuchungen). (Chir. Klin., Prof. Petrov, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 692—694.) (Russisch.) **35**, 55.

Pascual, Salvador, Über die traumatische Nephritis. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 313, S. 37—52.) (Spanisch.) 32, 624.
Sanewsky, S., Zur Frage der subcutanen Nierenverletzungen. (Chir.-propädeut. Klin., weißruss. Univ. Minsk.) (Belorusskaja medicinskaja myssl' Jg. 2, Bd. 1, Nr. 415, S. 80—90.) (Russisch.) *
Stirling, W. Calhoun, Subparietal traumatism of the kidney. Report of four cases. (Internat. clin. Bd. 3, Ser. 35, S. 169—174.) 35, 635.
Uteau, Les grands traumatismes en urologie. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 23, S. 371—374.) 33, 604.
Wasa, D. L., Zur Diagnostik und Therapie geschlossener Nierenverletzungen. (Sklifossowski-Inst. f. dringl. Hilfe, Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 232 bis 240.) (Russisch.) 35, 259.

Reflektorische Anurien und Dysurien.

Bancroft, Frederic W., Anuria following transfusion. Effect of decapsulation of both kidneys. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 733—738.) 32, 763.
Brunner, Theodor, Postoperative Harnverhaltung und intravenöse Urotropininjektion. (Krankenh., München-Schwabing.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 32, S. 1326—1329.) *
Caulk, John Roberts, Post-renal anuria. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 3, S. 265 bis 281 u. 285—294.) 34, 176.
Cunningham, John H., Urinary retention, its significance and treatment. (New England surg. soc., Hartford, Conn., 26.—27. IX. 1924.) (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 1, S. 1—4.) 32, 247.
Dourmashkin, Ralph L., Reflex calculous anuria. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 6, S. 145—148.) *
Furniss, H. Dawson, Urinary incontinence in women. (Post-graduate hosp., univ. New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 249—262.) 33, 615.
Gall, D., Zur Frage der postoperativen Behandlung der Harnretention nach dem Reimerschen Verfahren. (Chir. Klin., med. Inst., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 123—124.) 32, 247.
Gussakov, L., Zur Frage der operativen Behandlung der Enuresis nach Stoeckel. (Frauen-Klin., Leningrad, Dir. Prof. Okincitz.) (Vračebnaja gaseta Nr. 3, S. 74 bis 75.) (Russisch.) 33, 397.
Hensel, Rudolf, Fall von 7tägiger Anurie bei Einzelniere unter dem Bilde einer echten Steinkolik. (Städt. Krankenh., Hamburg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 25, S. 1034—1035.) 33, 538.
Hjelt, Sally, Zur Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. (Diakonissjukh., Helsingfors.) (Finska läkaresällskapets handl. Bd. 67, Nr. 11, S. 990—999.) 36, 146.
Krieger, Eva, Zur Verhütung postoperativer Harnverhaltung. (Univ.-Frauenklin., Königsberg i. Pr.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 43, S. 1826—1827.) 35, 353.
Lasch, C. H., Ein Beitrag zur Frage der Nierendekapsulation. (Chir. Klin., Univ. Rostock.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 10, S. 768—772.) 33, 349.
Michon, Louis, et Bouvier, Le traitement de la rétention d'urine post-opératoire. (Clin. gynécol., fac. de méd., univ., Lyon.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 94, S. 1556 bis 1558.) 35, 353.
Myers, W. A., Obstructive anuria. Report of a remarkable case. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 1, S. 10—13.) *
Nicolich jr., G., Anurie réflexe après néphrectomie pour pyonéphrose déscapsulation de l'autre rein. Guérison. (Sero. d'urol., hôp. „Regina Elena" Trieste.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 41—46.) *
Oudendal, F. L., und J. P. L. Hulst, Doppelseitige Thrombose der Arteria renalis als Ursache einer klinisch unerklärlichen tödlichen Anurie. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 1, S. 41—46.) (Holländisch.) *
Primo Dondero, Antonio, Il sussidio radiologico in un caso di disuria da causa extra vescicale. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 38, S. 893—894.) *
Randall, Alexander, Pre-renal anuria. (Urol. serv., hosp., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 3, S. 257—264 u. S. 285—294.) 32, 900.
Reimer, H., Zur Frage der Behandlung der postoperativen Harnverhaltung mit Kalium. (Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 44, S. 1876—1877.) 34, 262.
Ritschel, Hans-Ulrich, Über die Wirkung der intravenösen Injektion 40proz. Urotropinlösung. (Städt. Krankenh. Deutsch-Krone, Grenzmark.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 19, S. 776—777.) 32, 349.

Rubritius, H., Die reflektorische Anurie. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 2[illegible] S. 749—753.) **34**, 59[illegible]

Saidl, Josef, Urotropin gegen Ischurie. (Tschechoslow. chir.-gynäkol. Ges., Brünn. Sitzg. v. 16. V. 1925.) (Rozhledy v chir. a gynaekol. Jg. 4, H. 1, S. 20—22.) (Tschechisch.) **35**, 353

Seeland, C. M., Zur Frage der Behandlung der postoperativen Harnverhaltung mit Kalium. (Städt. Krankenh., Berlin-Reinickendorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 17, S. 688—689.) **32**, 899

Seifert, Ernst, Zur Frage der reflektorischen Anurie. (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 1, S. 67—71.) **32**, 899

Vital, Aza, Intravenöse Urotropininjektion und Blasenlähmung bei gynäkologischen Operationen. (Rev. española de obstetr. y ginecol. Jg. 10, Nr. 114, S. 241—244.) (Spanisch.)

Vogt, E., Erfahrungen mit der intravenösen Injektion von Cylotropin zur Bekämpfung der Harnverhaltung. (Univ.-Frauenklin., Tübingen.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 1, S. 18—20.) **32**, 247

Vogt, E., Die Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. (Univ.-Frauenklin., Tübingen.) (Therapie der Gegenw. Jg. 66, H. 11, S. 515—518.)

Woitaschewsky, Über die Behandlung der Miktionsstörungen mittels Magnesiumsulfat. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. 1925, S. 241—242.) **33**, 254

Yamamoto, T., Über den Erfolg der intravenösen Injektion der 40proz. Urotropin-Lösung für die postoperative Harnverhaltung. (Kinki Fujinkwa Gakkwai Zass. Bd. 8, Nr. 4.) (Japanisch.)

Essentielle Hämaturie. Nierenblutungen.

Baker, S. L., and E. C. Dodds, Obstruction of the renal tubules during the excretion of haemoglobin. (Bland-Sutton inst. of pathol. a. bio-chem. dep., Middlesex hosp., London.) (Brit. journ. of exp. pathol. Bd. 6, Nr. 5, S. 247—260.) **34**, 596

Baló, Joseph, Beiträge zum Krankheitsbilde der perirenalen Apoplexie. (I. pathol. anat. Univ.-Inst. u. Heilig. Stephansspit., Budapest.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. 73, H. 3, S. 598—625.) **33**, 607

Blanc, Henry, De l'hématurie dans les pyélonéphrites. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol Bd. 20, Nr. 1, S. 1—19 u. Nr. 2, S. 125—140.) **35**, 637

Bloch, G., Su alcuni casi di ematuria. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 68—74.)

Blum, Victor, Zur Diagnostik und Therapie renaler Massenblutungen. (Sofien-Spit., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 3/4, S. 169—186.) **32**, 49

Boisson, G., Néphrite hémorragique ou hématurie essentielle double. (Scalpel Jg. 78, Nr. 35, S. 920.)

Butts, J. W., Hematuria of renal origin. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 5, S. 356 bis 359.) **33**, 607

Ceccarelli, G., Contributo anatomo-patologico e clinico alla patogenesi delle formazioni cistiche perirenali a contenuto ematico. (Clin. chir., univ., Perugia.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 5, S. 451—479.) **36**, 53

Cevario, Luigi, Ematuria da rene mobile, nefropessia, guarigione. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 8, S. 220—221.)

Dax et Favreau, Hématuries de la gestation d'origine colibacillaire. (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 1, S. 48—50.)

Donath, Julius, und Karl Landsteiner, Über Kältehämoglobinurie. (Ergebnisse d. Hyg., Bakteriol., Immunitätsforsch. u. exp. Therapie Bd. 7, S. 184 bis 228.) **34**, 595

Dziembowski, Z., Über idiopathische Hämaturie. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 47—51.) (Polnisch.) **36**, 47

Elving, Harry, Beitrag zur Ätiologie der renalen Hämaturie. (Städt. Marienkrankenh. u. pathol. Inst., Univ. Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 142 bis 157.) **32**, 539

Fontès, Georges, et Lucien Thivolle, Détermination de l'intensité de l'hématurie et de l'hémoglobinurie. (Inst. de chim. biol., fac. de méd., univ., Strasbourg.) (Cpt. rend. des séances de la soc. de biol. Bd. 93, Nr. 27, S. 689—690.) **34**, 39

Gottlieb, J., Über die sogenannte essentielle Hämaturie. (Urol. Klin., I. staatl. Univ. Moskau.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 5/6, S. 237—247.) **33**, 828

Gottlieb, I., Über die sogenannte „essentielle" Hämaturie. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 366—373.) (Russisch.) **36**, 282

Greco, F., L'ematoma perirenale non traumatico. (Istit. di clin. chir., univ., Catania.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 1, S. 1—40.) *
Harbitz, H. Fr., Akute hämorrhagische Nephritis nach Appendektomie. (Sykehus, Drammen.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 11, S. 1212—1216.) (Norwegisch.) 85, 636.
Herszky, Paul, Über einen Fall von Massenblutung in das Nierenlager. (Auguste-Viktoria-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 19, S. 700 bis 702.) 88, 547.
Kahle, P. Jorda, Hematuria due to unilateral glomerulo-nephritis. (New-Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 7, S. 275—278.) 82, 671.
Kiger, W. G., Treatment of malarial hematuria. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 78, Nr. 6, S. 358—360.) 85, 353.
Klinkert sr., H., Die klinische Bedeutung schmerzloser Hämaturie. (Geneesk. gids Jg. 8, H. 10, S. 225—233.) (Holländisch.) 84, 662.
Kümmell sen., Hermann, Der blutige Urin, Ursache und Behandlung. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 39, S. 1600—1603 u. Nr. 40, S. 1643—1646.) *
Kümmell, Hermann, Die Blutungen der Harnorgane. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5. S. 143—166.) 88, 136.
Kretschmer, Herman L., Haematuria. A clinical study based on 933 consecutive cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 683—686.) 88, 607.
Lutz, G., Profuse Hämaturie infolge eines Nierenbeckenkavernoms. (Stadtkrankenh., Darmstadt.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 93—100.) *
Nyfeldt, Aage, Haemoglobinuria paroxysmatica. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 3, S. 51—53.) (Dänisch.) 88, 608.
Pleschner, Hans Gallus, Über Hämaturie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. 1925, S. 181—184.) 83, 282.
Pugh, Winfield Scott, Varicose veins of the bladder. A cause of urinary hemorrhage. (Urol. dep., James Buchanan Brady found., hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 4, S. 455—460.) 82, 851.
Sannazzari, Pietro, Un caso di ematoma cistico spontaneo perirenale inveterato. (Istit. di patol. spec. chir. dimostrat., univ., Parma.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 2, S. 162—172.) *
Scheele, Karl, und Heinrich Klose, Gibt es eine essentielle Hämaturie? Ein Beitrag zur Klinik und Pathologie der Nierenblutung aus kleinem Herd. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 184, H. 2/3, S. 388 bis 438.) 82, 422.
Wale, J., Seltene Nierenkomplikationen in Fällen von Appendicitis. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 34—40.) (Polnisch.) 85, 636.

Nephritis.

Bessesen, Daniel H., Surgery in nephritics. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 2, S. 81—82.) 82, 848.
Casper, L., Zur Therapie der Nephritis. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 10. III. 1925.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 8, S. 565—576.) 84, 595.
Casper, Leopold, Nierenentnervung und Dekapsulation. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 150—156.) 88, 253.
Cheal, Percy, Treatment of chronic nephritis by decapsulation of the kidneys. (China med. journ. Bd. 89, Nr. 1, S. 40—42.) 86, 641.
Čugaev, A., Dekapsulation der Nieren bei Anurie nach Sublimatvergiftung. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. 2, S. 188—195.) (Russisch.) 87, 363.
Harbitz, H. Fr., Akute hämorrhagische Nephritis nach Appendektomie. (Sykehus, Drammen.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 11, S. 1212—1216.) (Norwegisch.) 85, 636.
Kümmell, Herm., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 27—52.) 81, 891.
Kümmell, Hermann, Die Dauererfolge der chirurgischen Nephritisbehandlung. Sympathicus- oder unspezifische Reiztheorie. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 10, S. 439—445.) 81, 709.
Kümmell, Hermann, Die chirurgische Behandlung der Nephritis. (VI. Kongr., Berlin, 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. urol. Ges. 1925, S. 113—134.) *
Mejerson, M., Experimentell-histologischer Beitrag zur Frage der Nierendekapsulation bei Sublimatnephrose. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 195—199.) (Russisch.) 87, 362.

Nicolich, Giorgio, Contributo alla chirurgia delle nefriti. (Osp. civ. Regina Elena. Trieste.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 6, S. 565—631.) **34**, 106.

Pascual, Salvador, Über die traumatische Nephritis. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 313, S. 37—52.) (Spanisch.) **32**. 624.

Quinby, Wm. C., A note on the results of decapsulation of the kidney for various forms of nephritis. (Urol. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Journ. of urol. Bd. **18**, Nr. **3**, S. 321—324.) **32**, 845.

Schneider, Conrad, Die Nephritis dolorosa. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 9, S. 709 bis 714.) **34**, 594.

Stark, W., Zur Frage über die chirurgische Behandlung der Sublimatnephritis. (Eisenbahn-Krankenh., Wladikawkas.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 408—411.) (Russisch.) **34**, 595.

Volhard, F., Über die chirurgische Behandlung der Nephritis. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 4, S. 145—151.) **31**, 705.

Volhard, Franz, Chirurgische Behandlung der Nephritis. (VI. Kongr., Berlin. Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. **1925**, S. 135—137.)

Zondek, M., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 31. III. 1925.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 9, S. 643—652.) **34**, 592.

Zondek, M., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. (Klin. Wochenschr. Jg. 4. Nr. 35, S. 1681—1685.)

Zondek, M., Die chirurgische Behandlung der Nephritis. Zusatz zu meiner Arbeit in Jg. 4, Nr. 35, S. 1681 dies. Wochenschr. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 46, S. 2206.)

Nierenkarbunkel, Paranephritis.

Babuk, Zur Frage über die fibrös-sklerosierende Paranephritis. (Chir. Fak.-Klin., Univ. Minsk, Prof. Rubašew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, Nr. 30, S. 254—257.) (Russisch.) **34**, 856.

Baló, Joseph, Beiträge zum Krankheitsbilde der perirenalen Apoplexie. (I. pathol.-anat. Univ.-Inst. u. Heilig. Stephansspit., Budapest.) (Beitr. z. pathol. Anat. u. z. allg. Pathol. Bd. **78**, H. 3, S. 598—625.) **33**, 607.

Barcella, Lodovico, Contributo clinico allo studio della paranefrite. (Osp. Mellini, Chiari.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 5, S. 512—531.) **33**, 544.

Bettazzi, Gino, La sclerolipomatosi perirenale nella calcolosi. (Clin. chir., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. **18**, S. 510—525.) **34**, 179.

Cieszynski, Ksawery, Un cas de paranéphrite chez un enfant de seize mois guéri par l'autovaccin. (Clin. des maladies infant., univ., Varsovie.) (Arch. de méd. des enfants Bd. **28**, Nr. 12, S. 762—767.)

Cifuentes, D. Pedro, Über die Pathogenese der Niereninfektion. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3757, S. 581—585 u. Nr. 3758, S. 604—608.) (Spanisch.) **36**, 47.

Cirillo, Giuseppe, Recherches bactériologiques sur quelques cas de suppuration périrénale. (Inst. de bacteriol., univ., Naples.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. **6**, S. 462 bis 466.) **36**, 48.

Donath, Julius, Über Erkrankungen der Nierenhüllen (Perinephritis und Paranephritis). (Krankenh. d. Kaufmannsch., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 3, S. 166—171 u. Nr. 4, S. 237—244.) **32**, 244.

Everett, William, Perforation of the kidney by a large branched calculus. Perinephric abscess: Septicaemia: Death. (Brit. med. journ. Nr. **8840**, S. 17—18.)

Goldman, Max, Acute focal suppurative nephritis. Report of a case. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. **6**, S. 148—152.)

Greco, F., L'ematoma perirenale non traumatico. (Istit. di clin. chir., univ., Catania.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 1, S. 1—40.)

Hertzler, Arthur E., Acute localized infection of the kidney. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 247—255.) **32**, 899.

Hodge, E. H. Vere, The staphylococcal kidney in childhood. (Indian med. gaz. Bd. 60. Nr. 10, S. 459—460.)

Klumov, E. B., Ein Fall von metastatischem Nierenabsceß (Karbunkel). (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Minsk. Chefarzt Dr. Klumov.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 320—324.) (Russisch.) **34**, 912.

Lipshutz, Benjamin, Perirenal hydronephrosis with comments on the technic of abdominal extraperitoneal nephrectomy. (Mt. Sinai hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 2, S. 502—510.) **33**, 609.

Marion, G., On connaît mal le phlegmon périnéphrétique. Comment le reconnaître et comment le traiter. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 2, S. 140—148.) **33**, 606.

Nigyázó, I., Fall von paranephritischem Absceß im Anschluß an ein Panaritium osseum. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *

Normann, Herbert, Über Spontanheilung der akuten Paranephritis. (Med. Klin., Dorpat.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 25, S. 1215—1216.) 34, 180.

O'Conor, Vincent J., Perirenal sclerosis (chronic cicatrizing perinephritis). Reports of two cases occurring as a sequel to perinephritic abscess. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1118—1120.) 34, 180.

Pugh, Winfield Scott, Perinephritic abscess in children. (Urol. dep., James Buchanan Brady found., hosp., New York.) (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 7, S. 387—389.) *

Salleras, Juan, Über einen Fall von rechtsseitigem perinephritischem Absceß mit seltener Symptomatiologie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 4, S. 101 bis 109.) (Spanisch.) *

Savkov, N. M., Zur Frage über die Diagnose der Paranephritiden. (Chir. Abt., Gouvernementskrankenh., Dr. Savkov, Pensa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 1, Nr. 33, S. 50—63.) (Russisch.) 35, 588.

Smith, L. Lyne, Renal infections. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 6, S. 226—228.) *

Spelkens, Deux cas de périnéphrite suppurée. (Scalpel Jg. 78, Nr. 8, S. 170—175.) *

Swječnikoff, I. N., Ein Fall von paranephritischem Absceß mit Durchbruch in die Lunge. (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 21, S. 512—513.) (Russisch.) *

Vanni, Vittorio, Le alterazioni renali nella spirochetosi ittero-emorragica. (Istit. di patol. spec. med., univ., Roma.) (Folia med. Jg. 11, Nr. 2, S. 41—44.) *

Vigyázó, Gyula, Operativ geheilter Fall von paranephritischem Absceß nach Panaritium osseum. (Budapesti orvosi ujság Jg. 23, H. 43, S. 1289—1291. (Ungarisch.) *

Węgłowski, R., Über para- und perinephritische Abscesse. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 42—47.) (Polnisch.) 36, 48.

Węgłowski, Romuald, Über peri- und paranephritische Abscesse. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 51, S. 1073—1074.) (Polnisch.) 36, 48.

Pyelitis, Pyonephrose.

Bachem, C., Über moderne Harnantiseptica. (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 3, S. 76 bis 80.) *

Baetzner, Wilhelm, Zur Frage der Pyelitis granulosa. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 79—80.) 33, 253.

Binaghi, Roberto, A proposito di reperti batteriologici nelle infezioni urinarie. (Istit. di clin. chir., univ., Cagliari.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 2, S. 149—156.) 35, 638.

Bitter, L., und M. Gundel, Untersuchungen über Bacterium coli als Erreger von Cysto-Pyelitiden. I. Mitt. (Hyg. Inst., Univ. Kiel.) (Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh. Bd. 104, H. 1/2, S. 203—212.) 33, 542.

Blanc, Henry, De l'hématurie dans les pyélonéphrites. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 1—19 u. Nr. 2, S. 125—140.) 35, 637.

Bloch, G., Contributo clinico allo studio delle pielonefriti. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 481—512.) 36, 47.

Bloch, G., Osservazioni cliniche su di un caso di pielonefrite bilaterale. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 2, S. 173—176.) *

Boeckel, André, et A. Franck, Uretère bifide et bassinet double du côté gauche: Uropyonéphrose partielle. Néphrectomie. Guérison. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 7, S. 225—228.) *

Bókay, Zoltán v., Über die Behandlung der Pyelocystitiden des Kindesalters mittels Autovaccine. (Univ.-Kinderklin., Budapest.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 110, 3. Folge: Bd. 60, H. 1/2, S. 40—51.) *

Bumpus jr., Hermon C., Pyelonephritis treated with mercurochrome. (Med. clin. for North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1103—1107.) *

Cecil, Howard L., Gonorrheal infections of the kidney. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 673—678.) *

Cifuentes, D. Pedro, Über die Pathogenese der Niereninfektion. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3757, S. 581—585 u. Nr. 3758, S. 604—608.) (Spanisch.) 36, 47.

Cova, Ercole, Sulla sede del dolore nella pielite. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Palermo.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. 3, H. 4, S. 411—426.) 33, 542.

Egyedi, David, Stand der Pathologie und Therapie der Pyelitis. (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. 3, Nr. 7, S. 171—178.) (Ungarisch.) *

Fain, L. S., Harnwegeerkrankungen bei N-Paratyphobacillose (Paratyphus Erzindjan). (Urol. Klin., Prof. Cholzoff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 68—69.) (Russisch.) 35, 56.

Frisch, Bruno, Zur Behandlung der Coliinfektion des Harntraktes mit Bakteriophagen. (Allg. Poliklin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 30, S. 839—841.) *
Gayet, G., et R. Peycelon, La pyélonéphrite chez les prostatectomisés. (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 5, S. 371—381.) 36, 149.
Grunow, Hans, Über Pyelocystitis im Säuglings- und Kindesalter und deren Vaccinetherapie. (Univ.-Kinderklin., Gießen.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 76, H. 1, S. 45 bis 54.) 33, 542.
Haden, Russell L., The relation of chronic foci of infection to kidney infection. (Dep. of med. research, Deaner inst., Kansas City.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 3, S. 407—419.) *
Haines, Charles Everett, The problem of forcing fluids for infections of the urinary tract. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 38.) 34, 178.
Halász, Gyula, Zur Injektionstherapie der Pyelitiden und Cystopyelitiden. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 46, S. 1043—1044.) (Ungarisch.) 35, 913.
Hellström, John, Beitrag zur Kenntnis der Staphylokokkenpyelitis, besonders in ihrer chronischen Form und über eine bei derselben vorkommende eigenartige Konkrementbildung. (Chir. Abt., allg. u. Sahlgren-Krankenh., Göteborg.) (Acta chir. scandinav. Suppl. VI, S. 1—280.) 38, 247.
Hodge, E. H. Vere, The staphylococcal kidney in childhood. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 10, S. 459—460.) *
Jaccottet, M., L'infection des voies urinaires chez l'enfant et le nourrisson. (Clin. infant. univ., Lausanne.) (Rév. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 7, S. 385 bis 418.) 33, 606.
Jean, G., Uropyonéphrose et lithiase d'un rein en ectopie iléo-pelvienne. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 136—139.) *
Jones, W. Ray, Acriflavine as an internal urinary antiseptic. (Urol. cut. review Bd. 29, Nr. 10, S. 577—581.) 35, 615.
Jungmann, Über einen Palpationsbefund bei Pyelitis. (Städt. Krankenh., Neukölln.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 49, S. 2033—2034.) 36, 47.
Kammerer, Frederic, An unusual experience with nephrectomy for suppurative nephritis. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 70—72.) 33, 544.
Karo, Wilhelm, Olyptol, ein neues Terpentinöl-Präparat. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 8, S. 607—609.) 34, 187.
König, Fritz, Chirurgische Behandlung pyogener Infektionen im Nierengebiet. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 1, S. 28—34.) 32, 243.
Landivar, Roberto, und Fernando R. Ruiz, Über einen Fall von geschlossener Pyonephrose. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 45, S. 1157—1165.) (Spanisch.) *
Le Clerc-Dandoy, Pyélite à colibacille chez un ancien blennorragique traitée avec succès par vaccinothérapie. (Scalpel Jg. 78, Nr. 10, S. 219—221.) *
Le Lorier et Fisch, Trois cas de pyélo-néphrite avec cystite traités par le vaccin buccal et intra-vésical combinés. (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 6, S. 440—442.) *
Leonard, Veader, and Austin Wood, The present status of hexyl-resorcinol as an internal urinary disinfectant. (Dep. of bacteriol., school of hyg. a. public health, Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1855—1861.) 36, 141.
Lévy-Dreyfus, R., Pyélonéphrite à forme hématurique chez un diabétique. Infection urineuse aiguë consécutive au cathétérisme urétéral. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 11, S. 351—353.) *
MacAdam, William, and Cecilia Shiskin, The cholesterol content of the blood in relation to genito-urinary sepsis. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 435 bis 443.) 31, 402.
Matussov, M., Zur Frage der aufsteigenden Niereninfektion nach der Implantation des Harnleiters in den Mastdarm. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad. u. Metschnikoff-Krankenh. Leningrad, Dir. Prof. W. A. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija Bd. 1, S. 214—321.) (Russisch.) 37, 206.
Morawitz, Paul, Therapeutische Erfahrungen bei Infekten der Harnwege. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 1, S. 19—27.) 34, 178.
Nicolich jr., G., Anurie réflexe après néphrectomie pour pyonéphrose décapsulation de l'autre rein. Guérison. (Serv. d'urol., hôp. „Regina Elena", Trieste.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 41—46.) *
Oppenheimer, Rudolf, Zur Frage reizloser Harnantiseptica. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 3, S. 193—195.) 32, 631.
Patch, Frank S., Typhoid infections of the kidney. (Dep. of urol., Montreal gen. hosp., Montreal.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 199—221.) 35, 913.

Pazzi, Ermanno, Importanza dell'indagine radiologica nell'accertamento etiologico precoce delle piurie. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 30, S. 1053—1055.) *
Perrier, Ch., Pyonéphrose d'un rein en ectopie pelvienne. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 29—32.) *
Pisani, Luigi, La cura chirurgica delle affezioni renali bilaterali suppurative, acute e croniche. (Osp. magg. [Milano] Jg. 13, Nr. 1, S. 22—30 u. Nr. 3, S. 80—88.) 32, 671.
Quinby, Wm. C., End results in renal infections. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 223 bis 229.) 35, 912.
Ratner, S. J., Ein Fall von gleichzeitiger Calculose des linken Ureters und Pyonephrose der rechten Niere. (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 1, Nr. 33, S. 102—105.) (Russisch.) *
Rejsek, Josef, Vaccinbehandlung bakteriologischer Erkrankungen der Harnwege. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 10, S. 380—383 u. Nr. 11, S. 420—424.) (Tschech.) *
Richter, H. M., and L. M. Zimmerman, Resection of kidney for calculous pyonephrosis. (Wesley mem. hosp., Chicago.) (Surg. gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 810.) 36, 643.
Rottmann, Dezsö, Omnadinbehandlung bei Erkrankungen durch urogenitale Infektion. (Gyógyászat Jg. 65, H. 2, S. 36—38 u. H. 3, S. 58—59.) (Ungarisch.) *
Rubritius, H., Der Zusammenhang von Infektion und Funktion im Bereiche des Urogenitalsystems. (Zugleich ein Beitrag über den Begriff der Systemerkrankung in der Urologie.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 1, S. 37—40.) 32, 784.
Rush, John O., The treatment of pyelitis of pregnancy with retention (indwelling) ureteral catheter. Report of a case. (City hosp., prov. dispensary, Mobile, Alabama.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 428—434.) *
Schiffmann, Josef, und Leo Szamek, Zur Kenntnis und Genese entzündlich-eitriger Veränderungen der Niere nach Ureter-Scheidenfisteln. (Bettina-Stiftungs-Pavillon, Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 23, S. 644—648.) 33, 543.
Schwab, A., et Roger Jardin, Contribution au traitement de la pyélo-néphrite gravidique par un auto-vaccin, administré par voie buccale. (Bull. de la soc. d'obstétr. et de gynécol. Jg. 14, Nr. 6, S. 442—444.) *
Smith, L. Lyne, Renal infections. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 6, S. 226—228.) *
Taddei, Domenico, Le nefropieliti acute e subacute. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 27, S. 933—940.) 33, 543.
Thomson-Walker, John, Chronic urinary infection with the bacillus coli. (King's col. hosp., London.) (Practitioner Bd. 114, Nr. 3, S. 181—199.) 33, 135.
Voelcker, F., Die Behandlung der Colibakteriurie bei jungen Mädchen. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 8, S. 313; Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 105—108.) 31, 711. 33, 828.
Went, Stefan, Beiträge zur Pathologie und Therapie der Pyelocystitis im Säuglings- und Kindesalter. (Inst. f. Bakteriol. u. allg. Pathol., Univ. Budapest.) (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 110, 3. Folge: Bd. 60, H. 1/2, S. 52—57.) 36, 718.
Young, Hugh H., Intravenous mercurochrome in the treatment of urological infections. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 633—N72.) 34, 178.
Young, Hugh H., J. H. Hill, and W. W. Scott, The treatment of infections and infectious diseases with mercurochrome — 220 soluble. An analysis of two hundred and ten cases that furnish many definite examples of a therapia sterilisans magna. (James Buchanan Brady urol. inst., Johns Hopkins hosp., Baltimore.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 3, S. 813—924.) 34, 108.

Nierensteine.

Astraldi, A., Nephrolithiasis bei einem vierjährigen Knaben. (Soc. argentina de urol., 14. IV. 1925.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 23, S. 1241—1242.) (Spanisch.) 33, 605.
Beresnegowskij, N., Zur Pyelolithotomiefrage. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1882—1884.) 34, 179.
Bettazzi, Gino, La sclerolipomatosi perirenale nella calcolosi. (Clin. chir., univ., Pisa.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 510—525.) 34, 179.
Boeckel, André, Néphrectomie pour calcul du bassinet; indication opératoire tirée de la pyélographie. (Strasbourg méd. Jg. 83, Nr. 13, S. 428—429.) *
Branden, F. van den, Volumineux calculs du bassinet et de l'uretère. (Scalpel Jg. 78, Nr. 39, S. 1013—1014.) *
Bull, P., Erfahrungen aus dreiundfünfzig operierten Fällen von Nieren- und Uretersteinen. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 5, S. 429—458.) (Norwegisch.) 33, 604.
Čajka, A., Zur Frage der Nephrolithiasis. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nord-Kaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 140—142.) (Russisch.) 36, 323.

Castaño, Enrique, Über einen Fall von Juddscher extraperitonealer Uretero-lithotomie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 6, S. 151—156.) (Spanisch.)

Castaño, Enrique, und Carlos M. Matta, Resultate der Nierensteinchirurgie. (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 38, Nr. 233, S. 203—251.) (Spanisch.) **36**, 50.

Christian, Eug., und M. Popescu-Buzău, Die Pyelotomie durch Hakenschnitt in der chirurgischen Behandlung großer Nierenbeckensteine. (Spit. milit. „Regina Elisabeta", Bucuresti.) (Spitalul Jg. 45, Nr. 3, S. 95—97.) (Rumänisch.) **31**, 891.

Cifuentes, P., Die Fisteln bei Nierensteinoperationen. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 313, S. 5—19.) (Spanisch.) **32**, 536.

Čikovani, K., Zur Frage der Nephrolithiasis nach dem Material der chirurgischen Klinik der Nordkaukasusuniversität. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 138—140.) Russisch.) **36**, 323.

Cioni, Gastone, Simulazione di calcolosi renale in soggetto isterico. (Osp. di S. Giuseppe, Empoli.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 48, S. 1669—1670.)

Curchod, Henri, Calculs des voies urinaires. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 9, S. 545—551.)

Elischer, Ernö, Appendicitis mit Nierensteinsymptomen. (Orvosi Hetilap Jg. 69, H. 1, S. 3—4.) (Ungarisch.) **31**, 467.

Everett, William, Perforation of the kidney by a large branched calculus. Perinephritic abscess: Septicaemia: Death. (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 17—18.)

Fink-Finkenheim, Zur operativen Entfernung von Nierensteinen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 229—230.) **32**, 535.

Fryszman, A., Eine ungewöhnliche Form von Nieren-Harnleitersteinen. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 41—42.) (Polnisch.) **36**, 51.

Giuliani, Calcus du rein: Pyélotomie en 1911; récidive, deuxième pyélotomie treize ans après. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 4. II. 1924.) (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 24, S. 722—724.)

Goodman, Charles, Fibroid of ovary: Renal calculi: Diverticulum of bladder. Abdominal cases: Splenectomy for thrombo cytopenic purpura: Case of gas bacillus of the Welch type, following an automobile injury: Perisympathectomy: Paralysis agitans. (Internat. clin. Bd. 2, Ser. 35, S. 237—247.)

Goyena, Juan Raùl, De la percussion profonde de la région lombaire dans la lithiase rénale. (Clin. méd., fac. de méd., Buenos Aires.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 2, S. 19 bis 20.) **32**, 245.

Grimaldi, F., und E. Castaño, Über einen Fall von „Mastix"-Steinen beider Nieren. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. 37, Nr. 235, S. 149 bis 151.) (Spanisch.) **35**, 635.

Helbing, H. H., Calculus in kidney and ureter. (Nat. eclectic. med. assoc. quart. Bd. 16, Nr. 4, S. 275—276.) **33**, 606.

Hellström, John, Einige Erfahrungen über Entstehung, Wachstum und spontanen Abgang von Nierensteinen. (Allg. u. Sahlgrensches Krankenh., Gotenburg.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 5/6, S. 248—270.) **33**, 826.

Hofmann, Willy, Über einen Fall von ungewöhnlich großem Nierenstein. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 12, S. 881—884.) **36**, 51.

Jean, G., Uropyonéphrose et lithiase d'un rein en ectopie iléo-pelvienne. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 136—139.)

Judin, S., Zur Frage über die einzeitige bilaterale Nephrolithotomie. (Chir. Abt., Fabrikkrankenh., Sserpuchov, Moskauer Gouvernement.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 398—408.) (Russisch.) **34**, 663.

Keydel, Karl, Nierenuretersteine hinsichtlich ihrer Diagnose und Differentialdiagnose. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 94—97.) **33**, 137.

Kežabek, O., Nephrolithiasis nach dem Material des pathologisch-anatomischen Institutes der Universität Rostov a. D. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 135—138.) (Russisch.) **36**, 323.

Kott, Aus unseren Erfahrungen in der Nierenchirurgie. I. Moderne Chirurgie der Harnsteine. (Städt. Krankenh., Danzig.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 9, S. 686 bis 699.) **34**, 598.

Kulenkampff, D., Der Nierenbeckenschnitt zur Steinentfernung ohne Luxation der Niere. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 8, S. 402 bis 405.) **32**, 535.

Lau, Frederick T., Recurrent calculi in the urinary tract. (James Buchanan foundation, New York hosp.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 4, S. 272 bis 278.) **32**, 671.

Legueu, La colique néphrétique et son traitement par le cathétérisme de l'uretère. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 43, S. 689—691.) *
Lepoutre, C., Les calculs latents du rein. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 31, S. 121 bis 123.) 34, 255.
Lewis, Bransford, Stones in the kidney pelvis. A nonoperative method of removal with the aid of the cystocsope. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 14, S. 1056—1059.) 34, 599.
Livermore, Geo. R., Nephrolithiasis. (Dep. of urol., univ. of Tennessee, Nashville.) (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 8, S. 603—607.) 34, 598.
Loewenstein, A., Multiple Nierensteinbildung nach Nierenverletzung. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 11, S. 443.) *
Maisonnet et Auge, Les formes cliniques et les indications opératoires dans la lithiase rénale à localisations multiples. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 9, S. 745 bis 758.) 36, 49.
Martini, Tulio, Die splanchnostatischen Störungen in ihren Beziehungen zur Nephrolithiasis. (Arch. argentinos de enferm. del aparato dig. y de la nutric. Bd. 1, Nr. 2, S. 255—273.) (Spanisch.) *
Mezö, Béla, Nierenstein und Nierentuberkulose. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 27, S. 641 S. 641—642.) (Ungarisch.) 34, 179.
Michalkin, P., Ein Fall von Riesennierenstein. (Hospitalklin., Univ. Nishnij-Nowogorod.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8, S. 22—24.) (Russisch.) 34, 857.
Myers, John T., The relationship of hard water to health. I. Hard water as a possible factor in urinary concretion formation. (Dep. of hyg. a. bacteriol., univ., Chicago a. dep. of pathol. a. bacteriol., univ. of Nebraska, coll. of med., Omaha.) (Journ. of infect. dis. Bd. 36, Nr. 5, S. 566—576.) 33, 183.
Nakano, H., Über die Entstehung von Harnsteinen. (VI. Kongr., Berlin. Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 293—295.) 34, 382.
Nichols, B. H., Kidney stone as a diagnostic problem. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1871—1876.) *
Nikotine, P., De la tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique. (Clin. chir., acad. de méd. milit., Leningrad.) (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 2, S. 129—145.) 34, 600.
Popov, A., Ein Fall von geschlossener Pyonephrosis calculosa. (Bezirkkrankenh., Slavgorov.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk, S. 91—95.) (Russisch.) *
Pulido Martin, Angel, Nierenstein bei einem fünfjährigen Kind. (Siglo méd. Bd. 75, Nr. 3726, S. 469—471.) (Spanisch.) *
Račić, J., Beitrag zur Kenntnis der Blasen- und Nierensteinkrankheit in Dalmatien. (Staats-Spit., Split, S. H. S.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 3/4, S. 127 bis 162.) 32, 116.
Račić, Jakša, Lithiasis der Harnorgane in Dalmatien. (Liječnički vjesnik Jg. 8, Nr. 47, S. 141—148.) (Kroatisch.) *
Richter, H. M., and L. M. Zimmerman, Resection of kidney for calculous pyonephrosis. (Wesley mem. hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 810.) 36, 643.
Rolando, Silvio, Considération sur un cas d'uronéphrose calculeuse. (Hôp. Galliera, Gênes.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 97—100.) 32, 535.
Rosenow, E. C., The production of urinary calculi by the devitalization and infection of teeth in dogs with streptococci from cases of nephrolithiasis. (Journ. of the Iowa state med. soc. 15, S. 297.) 33, 758.
Spurr, Ricardo, Totale Sklerolipomatosis infolge Nierensteine. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 5, S. 123—132.) (Spanisch.) *
Stallman, J. F. H., Two cases of cystinuria in children, with renal and vesical cystin calculi respectively. (Hosp. for sick children, London.) (Lancet Bd. 209, Nr. 8, S. 375—378.) 34, 662.
Stolz, Charles E., Renal and ureteral calculi. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 4, S. 197 bis 198.) 32, 534.
Tait, J. T., The diagnosis of urinary stone and hydronephrosis. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 17, S. 418—421.) *
Thomas, Gilbert J., Bilateral renal lithiasis. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 501 bis 507.) 35, 638.
Voznesenskij, V., Die Nierensteinkrankheit. (Verhandl. d. I. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebiets 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 122—134.) (Russisch.) 36, 323.
Wallenstein, S., Renal, ureteral, and urethral calculi. Report of a case in a child eight years of age. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 3, S. 152—155.) *

White, H. P. Winsbury, Renal calculus and hypernephroma. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 797—799.) 32, 845.

Wojtaševskij, J. B., Über falsche Steine der Nieren und Harnleiter. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Charkov, Dir. Prof. J. Kudinzev.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8, S. 25—30.) (Russisch.) 33, 676.

Nierentuberkulose, Nierenaktinomykose.

Bernadet, Georges, Un cas particulier de tuberculose rénale. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 132—134.)

Besmertnyj, B., Die operative Behandlung der Nierentuberkulose. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 165 bis 168.) (Russisch.) 36, 322.

Blanc, H., Das Methylenblau bei der Nieren- und Blasentuberkulose. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 399, S. 655—657.) (Spanisch.) 33, 397.

Blanc, H., A propos d'une tuberculose rénale gauche avec duplicité complète de l'uretère du rein droit. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 47—57.)

Blatt, Paul, Nierentuberkulose. (Allg. Poliklin., Wien.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 5, S. 321—331.) 32, 422.

Bogoslawskij, W., Schwierigkeiten bei der Diagnose der tuberkulösen Niere. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 182—184. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) 33, 676.

Bugbee, Henry G., Two cases representing unusual types of renal tuberculosis. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 61—71.) 32, 541.

Falci, Emilio, La tuberculose rénale de l'enfant (fréquence, évolution, pronostic) comparée à celle de l'adulte. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 4, S. 300—317.) 34, 529.

Foged, Jens, Nierentuberkulose ohne charakteristischen Harnbefund. (Kir. univ.-klin., rigshosp. afd. C., Kopenhagen.) (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Juni Juli-H., S. 269—300.) (Dänisch.) 34, 600.

Greenberger, Monrol E., John D. Cooney and Charles H. Chetwood, Cases of tuberculosis of the kidney presenting noteworthy features. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 5, S. 105—107.) 33, 547.

Hammond, T. E., Tuberculosis of the genito-urinary system. (Tubercle Bd. 6, Nr. 10, S. 490—497.)

Hels, Robert, Über die Technik der Nephrektomie wegen Nierentuberkulose mit besonderer Berücksichtigung der Behandlung des Ureters. (Bibliotek f. Laeger Jg. 117, Juni/Juli-H., S. 258—268.) (Dänisch.) 34, 601.

Hofmann, Willy, Über einen Fall von konservativ geheilter Nierentuberkulose. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 19, S. 1025—1027.) 33, 547.

Hofmann, Willy, Zur Kasuistik und Behandlung der doppelseitigen Nierentuberkulose. (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 30, S. 1456—1457.) 34, 256.

Hogge, A., Formes exceptionnelles de tuberculose rénale. (Scalpel Jg. 78, Nr. 38, S. 984 bis 986.) 35, 641.

Joly, J. Swift, The late results of renal tuberculosis. (Brit. journ. of tubercul. Bd. 19, Nr. 4, S. 188—195.) 35, 641.

Joseph, Eugen, Die Tuberkulose der Harnorgane. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 3, S. 196—201.) 31, 770.

Israel, J., Die Behandlung der Nierentuberkulose. (Med. germano-hispano-americ. Jg. 2, Nr. 12, S. 899—910.) (Spanisch.)

Kosanovič, V., Experimentelle Forschung der Nierentuberkulose. (Serb. Arch. f. inn. Med. Jg. 27, Nr. 5, S. 233—239.) (Serbokroatisch.) 35, 336.

Lange, Louis C., Tuberculosis of the kidney: Case reports. (Current researches anesthesia a. analgesia Bd. 4, Nr. 2, S. 84—86.) 33, 546.

Lepoutre, C., Evolution spontanée d'une tuberculose rénale (Exclusion du rein et fistulisation à la peau). Nephrectomie. Fistule intestinale consécutive, guérison spontanée. (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 1, S. 41 bis 45.)

Lévy, R., et E. Falci, Les indications de l'épreuve de la phenosulfonephthaléine dans le traitement des tuberculoses rénales bilatérales. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 13—22.) 32, 540.

Lissovskaja, S. N., Zur Frage über die diagnostische Verwertung der Debré-Paraf'schen Reaktion bei der Harnwegetuberkulose. (Urol. Abt., med. Hochsch., Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 5—11.) (Russisch.) 35, 455.

Löwenstein, E., Beitrag zur Ätiologie der Nierentuberkulose. (Staatl. serotherapeut. Inst., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 29, S. 803—804.) *
Marion, G., Des précautions à prendre au moment de l'intervention, et des soins à donner pour obtenir la bonne guérison d'une néphrectomie pour tuberculose rénale. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 33—37.) 32, 542.
Martin, J., Deux observations de cathétérisme urétéral à vessie ouverte pour tuberculose rénale. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 321—325.) 33, 608.
Mezö, Béla, Nierenstein und Nierentuberkulose. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 27, S. 641—642.) (Ungarisch.) 34, 179.
Mii, Itsuhei, Über einen Fall der lokalisierten chronischen Nierentuberkulose im Gebiete der abnormen Nierenarterie. (Chir. Univ.-Klin., Okayama.) (Okayama-Igakkai-Zasshi Jg. 1925, Nr. 429, S. 1070—1078.) (Japanisch.) 33, 828.
Nikotine, P., De la tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique. (Clin. chir., acad. de méd. milit., Leningrad.) (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 2, S. 129—145.) 34, 600.
Nitch, Cyril A. R., Renal tuberculosis. (St. Thomas hosp., London.) (Lancet Bd. 208, Nr. 1, S. 1—6.) 32, 245.
Ossowski, A., Die Anwendung von Methylenblau bei Tuberkulose der Harnwege. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 36—38.) (Polnisch.) 36, 53.
Pascual, Salvador, Kasuistisches zur Nierentuberkulose. (Progr. de la clin. Bd. 32, Nr. 167, S. 693—700. (Spanisch.) 35, 640.
Pazzi, Ermanno, Gangli calcificati nella tubercolosi renale. (Radiol. med. Bd. 12, H. 8, S. 536—542.) 34, 599.
Persson, Mauritz, Clinical notes on tuberculosis of the kidney. A. Renal tuberculosis and trauma. B. Tuberculous kidney with duplication of renal pelvis and ureter. (Surg. dep., Seraphimer hosp., Stockholm.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 94 bis 104.) 33, 546.
Persson, Mauritz, Renal tuberculosis. A clinical survey of 295 cases, 90 of which were not operated on. (Surg. dep., Seraphim. hosp., Stockholm.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 526—551.) 35, 639.
Rochet et Thévenot, Uretere destro bifido. Tubercolosi di uno dei territori renali. (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 63—67.) *
Rom, F. de, Über die Tuberkulose des Urogenitalsystems. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 30, S. 473—481.) (Flämisch.) *
Rovsing, Thorkild, und Frode Rydgaard, Klinische Untersuchungen über die Tuberkulose der Harnwege. (Bibliothek f. Laeger Jg. 117, Juni-Juli-H., S. 225—244.) (Dänisch.) 34, 601.
Schouten, D. E., Über die spezifische Behandlung von Nierentuberkulose. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 17, S. 1890—1901.) (Holländisch.) 34, 179.
Schröder, R., Zur Frage der Operation bei tuberkulöser Einzelniere. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 27. V. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 2, S. 91—102.) 32, 540.
Smeth, Jean de, A propos de tuberculose rénale discrète. Quelques considérations sur l'exploration rénale. (Scalpel Jg. 78, Nr. 40, S. 1021—1024.) 34, 382.
Spassokukotzkaja, N. J., Über die Nierentuberkulose (Leningrad). (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 229—242.) (Russisch.) *
Spelkens, Tuberculose ulcéro-caverneuse du rein. Nephrectomie. Indication opératoire donnée par la pyélographie. (Scalpel Jg. 78, Nr. 31, S. 836—839.) *
Stossmann, Rudolf, Zweiseitige Ureterverdoppelung neben linksseitiger Nierentuberkulose. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 25, S. 590—592.) (Ungarisch.) *
Tenenbaum, Joseph L., Intermittent autonephrectomy. Report of a case. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 12, S. 719—720.) 35, 914.
Vasilescu, V., Ein Fall von cystischer Nierentuberkulose. Nephrektomie. Heilung. (Sect. chir., spit. „Beldiman", Bârlad.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 1/2, S. 58—59.) (Rumänisch.) *
Velfeld, Joseph, The use of mercurochrome-220 in genito-urinary tuberculosis. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 9, S. 527—529.) 36, 322.
Verboff, S., Nierentuberkulose und Schwangerschaft. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 7, S. 496—553.) 33, 545.
Wildbolz, H., Die Tuberkulose der Harnorgane. (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 6, S. 1—10.) 35, 913.

Nierensyphilis.

Koyama, Tetsuzo, Kidney gummata. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 499—501.) 32, 848.

Nierengeschwülste (Aneurysmen).

Aoyama, Tetsuzo, Kidney gummata. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 499 bis 501.) **32**, 848.

Astraldi, A., und J. B. Rivarola, Die Roffosche Neutralrotreaktion. Ihre Wichtigkeit in der Urologie. (Secc. urol., inst. de med. exp., univ., Buenos Aires.) (Argentin. urol. Ges., 17. XI. 1925.) (Semana med. Jg. **32**, Nr. 52, S. 1631—1633; Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 7, S. 169—175.) (Spanisch.) **33**, 265.

Astraldi, Alejandro, Krebs der Harnwege. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 264—275.) (Spanisch.) *

Baroni, Giuseppe, Tumore di Grawitz con parziale metaplasia ossea dello stroma. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 530—538.) *

Beyers, C. F., Case of renal sarcoma in an infant. (Med. journ. of South Africa Bd. **21**, Nr. 2, S. 38—39.) *

Bissell, Dougal, Renal papillomata and ureteral implants. Their surgical treatment in the female; with report of a case. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 3, S. 323 bis 333.) **32**, 848.

Boeckel, André, Epithélioma papillaire végétant du bassinet gauche; pyonéphrose concomitante. Néphrectomie. Mort tardive. (Strasbourg méd. Jg. **83**, Nr. 13, S. 461—463.) *

Cabot, Hugh, Malignant disease of the kidney. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 2, S. 99—103.) **32**, 545.

Cabot, Hugh, The operative approach for malignant tumors of the kidney. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. **3**, S. 261—267.) **35**, 644.

D'Alessandro, Franco, Contributo alla conoscenza dei tumori a tipo ipernefroide del rene. (Osp. magg., istit. di anat. patol e ricerche clin., Bergamo.) (Tumori Jg. **11**, H. 4, S. 385—406.) *

Day, Robert V., Fred D. Fairchild and Harry W. Martin, A plan for the early diagnosis and management of primary papilloma of the ureter and kidney pelvis. A case report of each. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 485—492.) **32**, 544.

Devroye, Deux tumeurs du rein. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 9, S. 198—201.) **32**, 788.

Djagilev, A., Zur Frage der Entstehung der malignen Geschwülste der Nieren. (Militärhosp., Jekaterinburg Ural-Univ., Jekaterinburg.) (Uralskoje medicinskoje obosrenije Bd. **3**, Nr. 4/5, S. 15—20.) (Russisch.) **35**, 455.

Dies, John L., Primary carcinoma of the kidney. (Mayo found., Rochester, Minn.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 499—501.) **32**, 849.

Faragó, Zsigmond, Fall von Angiosarcoma renis. (Gyógyászat Jg. **65**, H. 16, S. 366 bis 368.) (Ungarisch.) **33**, 533.

Ferria, L., La diagnosi precoce del cancro del rene, della vescica e della prostata. (Sez. urol., osp. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. **5**, Nr. 35 bis, S. 59—64.) *

Frank, Magda, Über das Angiosarkom der Niere. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 28, S. 658 bis 662.) (Ungarisch.) *

Frischmann, M., und S. Ehrlich, Beitrag zu der klinisch-mikroskopischen Diagnose der malignen Nierentumoren. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 186—188.) (Russisch.) **37**, 364.

Gordon, W. H., and M. S. Feldman, An unusual abdominal neoplasm: Interrenal rhabdomyoma. (Ann. of clin. med. Bd. **3**, Nr. 11, S. 706—717.) **34**, 529.

Haas, Norbert C., Tumoren in Hufeisennieren. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 27. V. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 2, S. 81—86.) **33**, 541.

Harven, de, A propos d'un cas d'hypernéphrome. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 45, S. 1137 bis 1142.) **34**, 530.

Hilman, A. G., Über den Fettansatz der Nieren. (Chir. Hosp.-Klin., Prof. Wischnewsky, Kazan.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 213 bis 229.) (Russisch.) **34**, 911.

Hinman, Frank, and Adolph A. Kutzmann, Malignant tumors of the kidney with special reference to diagnosis. (Dep. of urol., univ. of California med. school, San Francisco.) (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 4, S. 429—434.) **32**, 849.

Hyman, Abraham, Clinical and surgical aspects of renal neoplasms. (Surg. serv., Edwin Beer, Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 3, S. 298—310.) **33**, 828.

Jemma, R., Il sarcoma renale nell infanzia. (Clin. pediatr., univ., Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 13, S. 299—300.) *

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) **33**, 195.

Kretschmer, Herman L., Early diagnosis of malignant disease of the kidney. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 2, S. 92—99.) **32**, 626.
Kunz, Hubert, Hypernephrom als Ursache spontaner Massenblutung ins Nierenlager. (Krankenanst. Rudolfstiftung, Wien.) (Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. Bd. **38**, H. 4, S. 441—446.) *
Lagos Garcia, Carlos, Klinisch-chirurgische Betrachtungen über einen gemischten Nierentumor bei einem 10jährigen Mädchen. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 52, S. 1585 bis 1591.) (Spanisch.) *
Laqueur, B., Über polypöse Fibroide des Nierenbeckens. (Chir. Hospitalsklin., Milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 3/4, S. 205—212.) **31**, 892.
Laqueur, B., Versuch einer ätiologischen Klassifikation der Retentionsgeschwülste der Niere. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 8, S. 610—614.) *
Legueu, Les cancers du rein. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 37, S. 595—596.) **33**, 757.
Lemoine, Georges, La valeur du syndrome „hématurie" dans le diagnostic des tumeurs du rein. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 10, S. 213—217.) *
Lutz, G., Profuse Hämaturie infolge eines Nierenbeckenkavernoms. (Stadtkrankenh., Darmstadt.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 1/2, S. 93—100.) *
Lyman, George D., Embryonal sarcoma of the kidney in a nine month's old baby girl. (Arch. of pediatr. Bd. **42**, Nr. 2, S. 96—107.) *
Marinpolskji, S. L., Ein Fall von Nierensarkom im frühen Kindesalter. (Kinderklin., d. Omsker staatl. med. Hochsch. Chef: O. D. Ssokolowa-Ponomarewa). (Žurnal po izučeneja rannego detskogo vograsta Bd. **2**, H. 2, S. 159—162.) (Russisch.) *
Maybury, B. C., and S. C. Dyke, Some unusual manifestations of spread by implantation of papillomata of the urinary tract. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 50, S. 377—385.) **35**, 773.
Meltzer, Maurice, Alexander Fraser and Samuel Lubash, Papillary carcinoma of the renal pelvis. (Sect. on genito-urinary, New York, 27. III. 1925.) (Journ. of surg. a. med. Bd. **38**, Nr. 4, S. 152—154.) *
Nykles, V., Hypernephrom. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 8, S. 296—299.) (Tschechisch.) **32**, 627.
Parisel, Tumeur à blastème du rein. (Hôp. Brugmann, Bruxelles.) (Scalpel Jg. **78**, Nr. 52, S. 1293—1295.) **36**, 55.
Parmenter, F. J., The cytological examination of the urine as an aid to the diagnosis of tumors of the genito-urinary tract. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 531—534.) **32**, 625.
Pazzi, Ermanno, Diagnosi di tumore del rene (ipernefroma) confermata con l'indagine radiologica. (Arch. di radiol. Bd. **1**, H. 4, S. 591—592.) *
Perlmann, S., Demonstration eines Hypernephroms. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 1. VII. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 2, S. 136—138.) *
Petta, Giorgio, Su d'un tumore misto del rene in soggetto pubere. (Osp. di S. Spirito, Sassia.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 8, S. 400—410.) *
Rabinovič, M., und V. Konstantinov, Ein Fall von Kombinationstumor des Nierenbeckencarcinoms und -sarkoms. (Chir. Univ.-Klin., u. pathol. Inst., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Mysch, Tomsk S. 374—392.) (Russisch.) **33**, 325.
Račić, J., Beitrag zur Kenntnis des Nierenechinokokkus in Dalmatien. (Staats-Spit., Split, S. H. S.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 3/4, S. 163—168.) **31**, 769.
Ralphs, F. G., Sarcoma of the renal pelvis, associated with hydronephrosis. (Brit. journ. of surg. Bd. **13**, Nr. 49, S. 190—192.) **34**, 181.
Rieffel, Charlier et Heins, Métastase révélatrice d'un néoplasme rénal. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. **13**, Nr. 120, S. 139—140.) *
Rochet et Thévenot, Les limites raisonnables de l'opérabilité du cancer rénal. (Soc. de chir., Lyon, 26. II. 1925.) (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 4, S. 549—553.) **34**, 257.
Rose, D. K., Hypernephroma and carcinoma of the kidney: A comparative study. (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 3, S. 943—960.) **34**, 530.
Roth, H., und B. Schwoerer, Beobachtungen über Nierengeschwülste. (Städt. Krankenh., Karlsruhe.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 2, S. 277—301.) **32**, 626.
Schippers, J. C., Renal tumours in children. (Emma Kinderziekenh., Amsterdam.) (Acta pediatr. Bd. **4**, H. 2, S. 141—157.) *
Schmidt, Albin, Primäres, verhornendes Carcinom des Nierenbeckens. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 46, S. 1110—1113.) (Ungarisch.) *
Schramm, Hilaire, Aneurism of the renal artery. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 105 bis 107.) **32**, 901.
Slaviero, Gherardo, Di una neoplasia renale a sintomatologia non comune. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 20, S. 459—461.) *
Smeth, Jean de, Néoplasmes du rein et métastases osseuses. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 42, S. 1076—1078.) **35**, 644.

Smith, George Gilbert, and Allan C. Gilbert, Malignant papilloma of the kidney pelvis. (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 1, S. 25—42.) 82, 674.
Söderlund, Gustav, A case of calcified aneurism of the left renal artery. (Surg. dep., Maria hosp., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 649 bis 664.) 82, 674.
Spurr, Ricardo, Sklerolipomatosis infolge Nierensteine. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 5, S. 123—132.) (Spanisch.) *
Swartz, Ernest O., Malignant papillomata of the renal pelvis associated with solitary cyst of the kidney. (Urol. serv., jewish hosp., Cincinnati.) (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 3, S. 295—307.) 83, 828.
White, H. P. Winsbury, Renal calculus and hypernephroma. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 797—799.) 82, 848.
Willmore, J. Graham, and Mackenzie Douglas, A case of suprarenal tumour, with degeneration of the reticulo-endothelial system. (Brit. med. journ. Nr. 3340, S. 16—17.) *
Zivanovič, G., Eine praktische Methode zu der Differentialdiagnose zwischen Bauch- und Nierentumoren. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 8, S. 432—435.) (Serbo-kroatisch.) 83, 340.

Cystennieren, Nierencysten.

Blanc, H., Deux cas de kystes du rein. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 1, S. 5—12.) *
Cabred, Roberto G., Beitrag zur Pathogenese der polycystischen Niere. (Inst. de anat. y fisiol. patol., Buenos Aires.) (Rev. méd. latino-americ. Jg. 10, Nr. 112, S. 444 bis 476.) (Spanisch.) 82, 902.
Cairns, H. W. B., Heredity in polycystic disease of the kidneys. (Genito-urinary dep. a. surg. wards, London hosp., London.) (Quart. journ. of med. Bd. 18, Nr. 72, S. 359 bis 392.) 84, 180.
Carrick, W. M., Pyelography in ploycystic disease of the kidneys. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 75—77.) *
Ceccarelli, G., Contributo anatomo-patologico e clinico alla patogenesi delle formazioni cistiche perirenali a contenuto ematico. (Clin. chir., univ., Perugia.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 5, S. 451—479.) 86, 53.
Clairmont, P., Die Operation der polycystischen Niere. (Chir. Univ.-Klin., Zürich.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 16, S. 878—882.) 83, 539.
Davis, James E., Congenital polycystic kidneys. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 9, Nr. 6, S. 758—783.) 83, 538.
Delore, X., et P. Mallet-Guy, Grand kyste séreux du rein et néphrectomie partielle. (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 1, S. 3—10.) *
Escudero, Pedro, Polycystische Nierenerkrankung. (Trabajos y publ. de la clin. del prof. Pedro Escudero Jg. 1925, S. 151—155.) (Spanisch.) *
Fryszman, A., Ein Fall seröser Cyste der Nieren. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 39 bis 41.) (Polnisch.) *
Galkin, V., Die Cysten des Nierenbeckens. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk, Prof. Myš.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk, S. 1—25.) (Russisch.) 38, 56.
Gönczy, István, Retentionscyste, unter dem Bilde einer tuberkulösen Peritonitis verlaufend. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 36, S. 861—863.) (Ungarisch.) 83, 273.
Gönczy, István v., Im Bilde einer tuberkulösen Peritonitis verlaufender Fall von riesiger Retentionscyste der Niere. (III. med. Klin., Univ. Budapest.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 50, S. 1885—1886.) 84, 734.
Gottlieb, J. G., Über die cystische Entartung der Niere. (Urol. Klin., I. staatl. Univ. Moskau.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 5/6, S. 256—271.) 82, 423.
Gripekoven, Rein polykystique suppuré. (Scalpel Jg. 78, Nr. 34, S. 905—908.) *
Herzog, Fritz, Zur Diagnose der Cystenniere. (Med. Univ.-Klin., Würzburg.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 11, S. 815—818.) 85, 643.
Holmes, H. I., Clinical notes on a case of polycystic disease of the kidneys and liver. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 7, S. 164—165.) *
Hook, Heinrich, und Hans Ullrich Kallius, Ein Fall von angeborener Cystenniere und Zwerchfelldefekt derselben Seite unter besonderer Berücksichtigung der Entstehungsweise der Cystenniere. (Pathol. Inst., Univ. Heidelberg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 202 bis 217.) 84, 180.
Laqueur, B., Versuch einer ätiologischen Klassifikation der Retentionsgeschwülste der Niere. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 8, S. 610—614.) *

Laquière, Marcel, Kystes séreux du rein et opérations conservatrices. Etude générale à propos de cinq observations nouvelles. (Serv. du dr. Michon, hôp. Beaujon, Paris.) (Journ. de chir. Bd. 26. Nr. 3, S. 257—279.) 36, 55.
Limberg, B., Zur Frage über nichtparasitäre Pankreas-, Leber- und Nierencysten. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 5, S. 660—671.) (Russisch.) . *
López, Adolfo Martín, Funktionsprüfung einer polyscytischen Niere. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 6, S. 157—159.) (Spanisch.) *
Melnikov, P., Ein Fall von Nierenblutcyste. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkausasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D. S. 163—165.) (Russisch.) 36, 324.
Müller, G., Die Erblichkeit, Struktur und die Behandlung in einem Falle von polycystischer Degeneration der Niere, kombiniert mit Tuberkulose und Uretrocele. Im Vergleich zum Ausbau der vorherigen, einige Angaben über die Struktur der Nieren von Früchten aus hydramniotischer Schwangerschaft, von hydropischen und rudimentären Früchten. (Frauenklin., Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 7, S. 248—285.) (Slowakisch.) 32, 474.
Muylder, Gérard de, Rein polykystique. (Scalpel Jg. 78, Nr. 30, S. 811—812.) *
Negro, Mario, et G. Colombet, Considérations nouvelles sur le fonctionnement du rein polykystique. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 20—26.) 37, 52.
O'Neil, Richard F., Solitary serous cyst of the kidney with report of a recent case. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 269—273.) *
Ormos, P., Beiträge zur Entwicklung der Nierencysten. (Magyar orvosi arch. Bd. 26, H. 2, S. 172.) (Ungarisch.) 32, 50.
Patel et Mallet Guy, Grand kyste suppuré du rein gauche. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 316—320.) 33, 539.
Pritchard, Walter, Congenital cystic kidney. A case report. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 10, S. 1319—1320.) *
Rathbun, N. P., Polycystic kidney; bladder carcinoma; cystitis cystica. Case report. (Brooklyn hosp., Brooklyn.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 3, S. 114 bis 118.) *
Reinecke, Solitäre vielkammerige Cyste der Niere. (Allg. Krankenh., St. Georg, Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 254, H. 2, S. 425—438.) *
Sciaky, Enrico, Reni cistici. (Civico osp. Hirsch, Salonicco.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 45, S. 1564—1570.) *
Sundberg, Carl, Über Cystennieren. (Svenska läkartidningen Jg. 21, Nr. 43, S. 1001 bis 1023.) (Schwedisch.) 35, 914.
West, C. M., A case of congenital cystic kidney, associated with several other abnormalities. (Journ. of anat. Bd. 59, Nr. 4, S. 401—409.) *

Nierenechinokokkus.

Cikovani, K., Fünf Fälle von Nierenechinokokkencysten. (Verhandl. d. 1. chir. Kongr. d. Nordkaukasusgebietes 23.—26. IX. 1925 in Rostov a. D., S. 91—93.) (Russisch.) 36, 284.
Etchepareborda, Juan Agustin, Zu einem Fall von Nierenechinokokkus. (Clin. méd., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 12, S. 582—592.) (Spanisch.) *
Fillenz, Károly, Echinokokkus in der Niere. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 35, S. 839 bis 840.) (Ungarisch.) *
Melen, David R., Echinococcus cyst of the kidney. (Ward serv., Rochester hosp., gen. Rochester.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 23, S. 1725—1727.) *
Profilo, Annibale, Di un caso raro di cisti da echinococco del rene. Contributo alla diagnosi dei tumori addominali. (Osped. civ., Mesagne.) (Folia med. Jg. 11, Nr. 6, S. 221—225.) 32, 50.
Račić, Jakša, Beitrag zur Behandlung der Nierenechinokokkusfälle in Dalmatien. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 6, S. 313—314.) (Kroatisch.) *
Summerville, F. M., Echinococcus cyst of the kidney. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 3, S. 108—112.) *

Hydronephrose.

Bianchetti, Carlo Felice, Idronefrosi destra in rene unico a ferro di cavallo. Eminefrectomia. Guarigione. (Sez. chir., osp. S. S. Trinità, Varallo Sesia.) (Arch. ital. di urol. Bd. 2, H. 1, S. 57—62.) *
Boisson, G., A propos de l'hydronéphrose intermittente. (Scalpel Jg. 78, Nr. 43, S. 1093 bis 1095.) *
Burg, Ete, Durch Operation geheilter Fall von kongenitaler Hydronephrose bei acht Tage altem Säugling. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 12, S. 267—269.) (Ungarisch.) 32, 543.

Eisendrath, Daniel N., Report of case of hydronephrosis in a kidney with extrarenal calyces. (Cook county hosp., Chicago.) (Journ. of urol. Bd. 18, Nr. 1, S. 51—58.) 32, 543.

Floris, Michele, Sull'obliterazione dell'uretere in rapporto alla pratica ginecologica e sull'idronefrosi consecutiva. Contributo sperim. (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Cagliari.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. 4, H. 1, S. 35—70.) 35, 643.

Hellsten, Oscar Th., A case of hydronephrosis in a horseshoe kidney. Heminephrectomy. (Surg. dep., univ. hosp., Lund.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 4/5, S. 415—426.) *

Hinman, Frank, and Alexander B. Hepler, Experimental hydronephrosis. The effect of changes in blood pressure and blood flow on its rate of development. I. Splanchnotomy: Increased intrarenal blood pressure and flow; diuresis. (Dep. of urol. a. Hooper found f. med. research, univ. of California med. school, Berkeley.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 578—585.) 35, 642.

Hinman, Frank, and Alexander B. Hepler, Experimental hydronephrosis: The effect of changes in blood pressure and in blood flow on its rate of development. II. Partial obstruction of the renal artery: Diminished blood flow; diminished intrarenal pressure and oliguria. (Dep. of urol. a. Hooper found. of med. research, univ. of California med. school, Berkeley.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 649—659.) *

Hinman, Frank, and Alexander B. Hepler, Experimental hydronephrosis. The effect of changes in blood pressure and in blood flow on its rate of development, and the significance of the venous collateral system. III. Partial obstruction of the renal vein without and with ligation of all collateral veins. (Dep. of urol. a. Hooper found. of med. research, univ. of California, Berkeley.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 6, S. 917 bis 932.) 36, 143.

Kučerenko, P. A., Zur Frage über Hydro-pyonephrose infolge einer Harnleiteratonie. (Pathol.-anat. Inst., Kijew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 123 bis 127.) (Russisch.) 34, 857.

Kutscherenko, P., Ein Fall von doppelseitiger Hydronephrose auf Grund einer Atonie der Harnleiter. (Pathol.-anat. Inst., Kiew.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Nr. 16/17, S. 438—442.) *

Lipshutz, Benjamin, Perirenal hydronephrosis with comments on the technic of abdominal extraperitoneal nephrectomy. (Mt. Sinai hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 2, S. 502—510.) 33, 609.

Lobmayer, Géza, Acht Jahre nach Ureterligatur entfernte hydronephrotische Niere. (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. 3, Nr. 5, S. 115—116.) (Ungarisch.) *

Maisonnet et Courboules, Volumineuses hydronéphroses intermittentes à caractères cliniques et anatomiques exceptionnels. (Arch. des maladies des reines et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 3, S. 296—317.) 36, 283.

Marion, Du traitement de certaines hydronéphroses. (Scalpel Jg. 78, Nr. 39, S. 1009 bis 1013.) 34, 609.

Marsan, F., Les petites hydronéphroses douloureuses. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 31, S. 113 bis 118.) 34, 256.

Mercier, O., A propos de la pathogénie et du traitement des petites hydronéphroses dites sans cause apparente. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 6, S. 467—482.) 36, 54.

Nicolich jr., G., Über einen Fall von beiderseitiger hämaturischer Hydronephrose. (Städt. Krankenh. „Regina Elena", Triest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 9, S. 684 bis 685.) 34, 603.

Papin, E., Contribution à l'étude des hydronéphroses. I. Hydronéphrose dans le rein polycystique. (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 3, S. 277—292.) 36, 54.

Ralphs, F. G., Sarcoma of the renal pelvis, associated with hydronephrosis. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 190—192.) 34, 181.

Rejsek, Josef, Segmentäre Erweiterungen der oberen Harnwege. (I. chir. klin., univ., Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 45, S. 1609—1613.) (Tschechisch.) 35, 641.

Rolando, Silvio, Considerazioni sopra un caso di idronefrosi calcolosa. (Osp. Duchessa di Galliera, Genova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 526—529.) *

Schreuder, O., Spontanruptur einer Hydronephrose. Kasuistische Mitteilung. (Chir. Klin., Leiden.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 100—102.) 33, 609.

Söderlund, Gustaf, Sieben Fälle von Hydronephrose. Beitrag zur Ätiologie, Frühdiagnose und Behandlung der Hydronephrose. (Chir. Klin., Maria Krankenh., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 2, S. 100—138.) 33, 608.

Tait, J. T., The diagnosis of urinary stone and hydronephrosis. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 17, S. 418—421.) *

White, H. P. Winsbury, The pathology of hydronephrosis. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 247—281.) 34, 603.

Ureteren.

Anatomie und Physiologie des Ureters.

Bloch, Arthur, Deutung und Mißdeutung des Befundes bei vaginaler Ureterenpalpation. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 84—89.) **33**, 137.

Blum, Victor, Physiologie und Pathologie des Harnleiters. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 3, S. 161—192.) **32**, 474.

Blum, Victor, Referat über die Physiologie und Pathologie des Harnleiters. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 51 bis 52.) **33**, 183.

Bridge, Reginald, The ureter: A clinical study of its commoner diseases. (Mater Misericordiae hosp., North Sydney.) (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 17, S. 421 bis 427.) **34**, 604.

Du Bois-Reymond, René, Über die Funktion des Ureters. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 46—50.) **33**, 135.

Eisendrath, Daniel N., Harry Katz and Julius M. Glasser, Bladder reflux. A clinical and experimental study. (Urol. dep., Michael Reese a. Chicago mem. hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 15, S. 1121—1125.) **36**, 57.

Graves, Roger Colgate, and Leo Max Davidoff, III. Studies on the bladder and ureters with especial reference to regurgitation of the vesical contents. Regurgitation as observed in cats and dogs. (Laborat. of surg. research, Harvard med. school, Boston.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 1, S. 1—17.) **34**, 111.

Hryntschak, Th., Beiträge zur Physiologie des Ureters. I. Zur Harnleiterautomatie. (Neurol. Inst., Univ. Wien.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. **209**, H. 4, S. 542 bis 561.) **34**, 110.

Kümmell, Hermann, Die Blutungen der Harnorgane. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 143—166.) **33**, 136.

Lepoutre, C., De la dilatation permanente des orifices urétéraux et du réflux vésico-rénal (Uretère forcé). (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. **2**, Nr. 2, S. 146—167.) **34**, 531.

Praetorius, G., Bemerkungen über den Ureterrückfluß. (Städt. Krankenh. Siloah, Hannover.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 10, S. 743—752.) **33**, 758.

Praetorius, G., Bemerkungen über den Ureterrückfluß. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 75—76.) *

Roberts, Douglas J., Ureteral variations with associated kidney changes. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapie Bd. **13**, Nr. 4, S. 353—359.) **33**, 536.

Tovey, David W., The importance and technique of palpation of the female pelvic ureters. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 22, S. 958—961.) **35**, 646.

Mißbildungen des Ureters, überzähliger Ureter.

Blanc, H., A propos d'une tuberculose rénale gauche avec duplicité complète de l'uretère du rein droit. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 1, S. 47—57.) *

Cifuentes, P., und T. Martin Luque, Angeborene doppelseitige Ureterendilatation mit vesico-ureteralem Rückfluß. (Progr. de la clin. Bd. **32**, Nr. 163, S. 19—30.) (Spanisch.) **34**, 182.

Egyedi, David, Fall von Ureter fissus. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 108—109.) **32**, 903.

Egyedi, David, Ein in vivo diagnostizierter Fall von zweigeteiltem Ureter und verdoppeltem Nierenbecken. (Apponyi Albert-Poliklin., Budapest.) (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. **3**, Nr. 2, S. 41—42.) (Ungarisch.) *

Fuller, E. Barnard, Case of complete quadruple ureters. (South African med. record Bd. **23**, Nr. 4, S. 69—70.) **34**, 182.

Minder, Julius, Seltener Fall eines doppelten Ureters. (II. chir. Abt., hauptstädt. Zentralkrankenh. St. Rochens, Budapest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 9, S. 680 bis 683.) **34**, 605.

Pleschner, Hans Gallus, Über einen Fall von doppelseitiger kongenitaler Dilatation der Ureteren bei beiderseitiger Verdoppelung derselben. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol., S. 110—112.) *

Rochet et Thévenot, Uretere destro bifido.* Tubercolosi di uno dei territori renali. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 63—67.) *

Stossmann, Rudolf, Zweiseitige Ureterverdoppelung neben linksseitiger Nierentuberkulose. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 25, S. 590—592.) (Ungarisch.) *

Thurn-Rumbach, István, Einseitige vollständige Ureterduplizität. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 4, S. 67.) (Ungarisch.) 32, 531.

Uretersteine.

Beer, Edwin, and Leo J. Hahn, Use of indwelling catheter to induce passage of ureteral stones. (Surg. serv., Mount Sinai hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 14, S. 1028—1029.) 34. 183.

Böhringer, Konrad, Über Uretersteine. (Unblutige instrumentelle Entfernung.) (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 91 bis 93.) 33, 137.

Bull, P., Erfahrungen aus dreiundfünfzig operierten Fällen von Nieren- und Uretersteinen. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 5, S. 429—458.) (Norwegisch.) 33, 604.

Bumpus jr., Hermon C., and Albert J. Scholl, Ureteral stones. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 813—827.) 34, 111.

Castaño, Enrique, Über einen Fall von Juddscher extraperitonealer Uretero-lithotomie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 6, S. 151—156.) (Spanisch.) *

Condamin, F., Volumineux calcul de l'uretère pelvien. (Urétérotomie extrapéritonéale latérale.) (Clin. urol., univ., Lyon.) (Lyon méd. Bd. 136, Nr. 42, S. 455—459.) *

Curchod, Henri, Calculs des voies urinaires. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 9, S. 545—551.) *

Dourmashkin, Ralph L., Concerning the use of tunneled bougies and the hookcatheter in the treatment of ureteral calculi. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 85—109.) 32, 672.

Fryszman, A., Eine ungewöhnliche Form von Nieren-Harnleitersteinen. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 41—42.) (Polnisch.) 36, 51.

Hahn, Leo J., A basis for comparing results in the treatment of ureteral calculi. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 7, S. 161—163.) 34, 183.

Helbing, H. H., Calculus in kidney and ureter. (Nat. eclectic. med. assoc. quart. Bd. 16, Nr. 4, S. 275—276.) 33, 606.

Hourtaule V., A propos d'un calcul de l'uretère. (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 4, S. 318 bis 319.) *

Keydel, Karl, Nierenuretersteine hinsichtlich ihrer Diagnose und Differentialdiagnose. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 94—97.) 33, 137.

Kornitzer, Ernst, Zur Klinik der Uretersteine. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 98—99.) 33, 137.

Le Clerc-Dandoy, Calcul de l'uretère intramural chez l'homme. (Scalpel Jg. 78, Nr. 14, S. 329—331.) 32, 538.

Lindboe, E. Fr., Doppelseitiger Ureterstein. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 6, S. 536—539.) (Norwegisch.) *

Myers, John T., relationship of hard water to health. I. Hard water as a possible factor in urinary concretion formation. (Dep. of hyg. a. bacteriol., univ., Chicago a. dep. of pathol. a. bacteriol., univ. of Nebraska, coll. of med., Omaha.) (Journ. of infect. dis. Bd. 36, Nr. 5, S5. 566—76.) 33. 183.

Neuwirt, Karel, Endovesicale Entfernung eingeklemmter Uretersteine. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 42, S. 1501—1504.) (Tschechisch.) 35, 650.

Peacock, Alexander Hamilton, Impacted calculi of the ureter. Treatment employed and results obtained in sixty cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 25, S. 1943—1948.) 36, 55.

Perrier, Charles, Die Heilung der Lithiasis im untersten Ureterabschnitt. (Steine der Pars juxtavesicalis und intramuralis.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 11, S. 819 bis 827.) 34, 535.

Piccaluga, Nino, La calcolosi dell' uretere. (Istit. di patol. chir., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 37, H. 5, S. 471—495.) *

Ratner, S. I., Ein Fall von gleichzeitiger Calculose des linken Ureters und Pyonephrose der rechten Niere. (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. 9, H. 1, Nr. 33, S. 102 bis 105.) (Russisch.) *

Reinecke, R., Zur Diagnostik von Steinen im untersten Teil des Ureters. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 14, S. 740—744.) 32, 49.

Sacchi, M., Considérations à propos de quatre cas de calculs de l'uretère. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 1, S. 27—40.) *

Serck-Hanssen, Trygve, Über Uretersteine. (Kir. avd., kommun. sykeh., Bergen.) (Med. rev. Jg. 42, Nr. 7, S. 313—321.) (Norwegisch.) *

Smeth, Jean de, Les faux calculs de l'uretère. (Scalpel Jg. 78, Nr. 44, S. 1116 bis 1118). 35, 650.

Stolz, Charles E., Renal and ureteral calculi. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 4, S. 197—198.) 32, 534.

Tateyama, Rintaro, Über einen Fall von intraperitonealer Exstirpation eines Uretersteines. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 21, S. 1134—1136.) 32, 302.

Vilar, Gerardo, Durch Ölinjektion in das Nierenbecken erzielter Abgang eines Steines aus dem oberen Drittel des Ureters. (Soc. argentina de urol., 14. IV. 1925.) (Semana méd. Jg. 32, Nr. 23, S. 1241.) (Spanisch.) *

Voltaševskij, I., Über falsche Uretersteine. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. 2, S. 199—204.) (Russisch.) *

Wallenstein, S., Renal, ureteral, and urethral calculi. Report of a case in a child eight years of age. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 3, S. 152—155.) *

Wojtašewskij, J. B., Über falsche Steine der Nieren und Harnleiter. (Chir. Hosp.-Klin., med. Hochsch., Charkov., Dir. Prof. J. Kudinzev.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8, S. 25—30.) (Russisch.) 33, 676.

Ureterstenosen, Ureterverschluß, Ureterdilatationen, Ureterocelen, Verletzungen.

Andler, Rudolph, Die Atonie des Harnleiters mit Dilatation und Hydronephrose, ihr klinisches Vorkommen und ihre tierexperimentelle Erzeugung. (Chir. Klin., Univ. Tübingen.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 5/6, S. 298 bis 357.) 32, 303.

Caulk, John R., The fallacious orifice. Contracture of the vesical neck. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 293—299.) 34, 606.

Daniel, C., Considérations sur les fistules urétérales consécutives aux opérations gynécologiques (par voie abdominale). (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 8, S. 645—658.) *

Devroye, Dilatation kystique de l'extrémité inférieure de l'urétère. (Scalpel Jg. 78, Nr. 12, S. 269—273.) 32, 538.

Eisendrath, Daniel N., Ureteral strictures, kinks, and abnormal inserts. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 557—564.) 35, 647.

Elansky, N. N., „Ureterenatonie" oder (?) der sogenannte: L'uretère forcé. (Chir. Hosp.-Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 184—196.) 33, 397.

Fletcher, E. A., W. M. Kearns and W. A. Liebeler, Ureteral stricture. (Wisconsin med. journ. 24, S. 66.) 34, 257.

Goldstein, Albert E., A study of urinary stasis in ureteral obstructions. (Urol. clin., hebrew hosp., Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 1, S. 33—45.) 34, 181.

Hepburn, Thomas N., Spastic obstruction to the ureters. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1133—1141.) 34, 533.

Hunner, Guy L., Ureteral stricture in obstetrics; with special reference to multiple abortions (renal) and to pyelitis of pregnancy. (Clin. gynecol., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Obstetr. soc., Philadelphia, 3. I. 1924.) (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 9, Nr. 1, S. 47—66 u. 126—129.) 34, 534.

Hunner, Guy L., End-results in one hundred cases of ureteral stricture. (49. ann. meet., Hot Springs, 15.—17. V. 1924.) (Transact. of the Americ. gynecol. soc. Bd. 49, S. 120—135.) 35, 847.

Janssen, Peter, Cystische Erweiterung des Ureters bei Aplasie der anderen Niere. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 90. 1925.) *

Kakuškin, N. M., Ureter-Scheidenfistel. Wiederherstellung auf vaginalem Wege der Anastomose zwischen Blase und Ureter. (Univ.-Frauenklin., Saratow.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. 36, H. 2, S. 121—124.) (Russisch.) 35, 262.

Kretschmer, Herman L., Congenital stricture of the ureter. Report of four cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 713—719.) 35, 648.

Kučerenko, P. A., Zur Frage über Hydro-pyonephrose infolge einer Harnleiteratonie. (Pathol.-anat. Inst., Kijew.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 123—127.) (Russisch.) 34, 857.

Kümmell jr., H., Über Ureterinsuffizienz. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 69—74.) 33, 254.

Kutscherenko, P., Ein Fall von doppelseitiger Hydronephrose auf Grund einer Atonie der Harnleiter. (Pathol.-anat. Inst., Kiew.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 36, Nr. 16/17, S. 438—442.) *

Leńke, Zenon, Beitrag zum Schleimhautvorfall des Harnleiters mit Berücksichtigung eines eigenen ungewöhnlichen Falles. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 22, S. 516 bis 519.) (Polnisch.) *

Lepoutre, C., De la dilatation permanente des orifices urétéraux et du réflux vésico-rénal (Uretère forcè). (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. 2, Nr. 2, S. 146—167.) 34, 531.
Livermore, George R., Ureteral kinks: Their incidence and significance. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 12, S. 875—877.) 35, 649.
McArthur, L. L., A new and simple repair of ruptured or strictured ureters. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 719—721.) 35, 647.
Mercier, O., Le prolapsus intravésical de l'extrémité inférieure de l'uretère. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 5, S. 402—427.) 35, 649.
Perlmann, Simon, Über Verengerungen der Ureteren. (Chir. Univ.-Klin. u. Privatklin. v. E. Joseph, Berlin.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 4, S. 283—299.) 32, 246.
Perlmann, Simon, Über Verengerungen der Ureteren. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 81—82.) 33, 254.
Petillo, Diomede, Ureterocele; clinical significance and process of formation. Report of four cases. (Italian hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 811—818.) 34, 532.
Pribram, Egon, Über den Prolaps von Ureterdivertikeln. (Univ.-Frauenklin., Gießen.) (Arch. f. Gynäkol. Bd. 124, H. 3, S. 726—732.) 34, 182.
Pugh, Winfield Scott, Stricture of the ureter. (Urol. dep., New York hosp., New York.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 839—850.) 32, 850.
Rejsek, Josef, Insuffizienz des Ostiums des Ureters. Vesicorenaler Reflux. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 18, S. 686—697.) (Tschechisch.) 33, 609.
Rejsek, Josef, Segmentäre Erweiterungen der oberen Harnwege. (I. chir. klin., univ. Praze.) (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 45, S. 1609—1613.) (Tschechisch.) 35, 641.
Schulz, Raymond L., Stricture of the ureter and dysmenorrhoea. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1173—1177.) 34, 533.
Taddei, Domenico, La diagnosi ed il trattamento chirurgico della dilatazione cistica del tratto vescicale dell'uretere. (Su di un caso operato con lesione bilaterale.) (Clin. chir., univ., Pisa.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 9, S. 138—139.) *
Torra Huberti, A., Vollständige angeborene Erweiterung von Ureteren und Nierenbecken. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 24, S. 545—550.) (Spanisch.) 36, 56.

Andere Ureterkrankheiten (Geschwülste).

Astraldi, Alejandro, Krebs der Harnwege. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 121, S. 264—275.) (Spanisch.) *
Carson, William James, Metastatic carcinoma in the ureter, associated with ureteral stricture. (Dep. of pathol., univ. of Maryland, Baltimore.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 1, S. 142—152.) *
Caulk, John Roberts, Haemangiomata of the bladder and ureter. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 49—52.) *
Day, Robert V., Fred D. Fairchild and Harry W. Martin, A plan for the early diagnosis and management of primary papilloma of the ureter and kidney pelvis. A case report of each. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 485—492.) 32, 544.
Djong-yän Ku, Ein Beitrag zur Kenntnis der primären Uretertumoren. (Städt. Krankenanst., Barmen.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 35, Nr. 18, S. 549—555.) *
Hepburn, Thomas N., Right ureteral obstruction due to short caecal mesentery. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 6, S. 836—838.) 36, 56.
Kleinschmidt, R., Beitrag zur Kenntnis der primären Uretertumoren. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 103 bis 107.) 33, 610.
Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) 33, 195.
Takenouchi, Tatsushiro, Ein seltener Fall von Uretersyphilis. (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. 25, Nr. 4, S. 75—76.) *

Ureterchirurgie und Ureterenkatheterismus.

Bakuleff, A. P., Ureterimplantation in die Blase bei gleichzeitiger Erkrankung der anderen Niere. (Chir. Klin., Univ. Saratoff, Prof. Spassokukozki.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 2, S. 226—231.) (Russisch.) 35, 261.
Beer, Edwin, Ureterovesical anastomosis, with a rubber tube in a patient with solitary kidney, whose lower ureter had been completely stenosed following the removal

of a giant ureter calculus. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 106 bis 110.) **32**, 847.

Beer, Edwin, Ureterlithotomy for ureter calculus. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 96—102.) **32**, 851.

Berne-Lagarde, de, La dérivation des urines par l'urétérostomie iliaque dans les néoplasmes vésicaux inopérables. (Hôpital Jg. 13, Nr. 152, S. 569—570.) **34**, 264.

Bland, P. Brooke, Surgical injuries of the ureter. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 7, S. 389—392.) **32**, 791.

Bogolepoff, S., Über einen Fall einer Transplantation der Ureteren in den Darm. (Chir. Abt., Pokrowski-Krankenh., Moskau.) (Moskowskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 2, S. 110—113.) (Russisch.) **33**, 397.

Boretti, Cesare, La chirurgia dell'uretere secondo i moderni criteri. (Div. urol., osp. magg., Milano.) (Milano: Coop. graf. d. operai 1925. 93 S. u. 8 Taf.) **36**, 373.

Bussa Lay, Enrico, La colecisti-uretero-neostomia (trapianto dell'uretere destro nella vescichetta biliare, per la transformazione di questa in vescica orinaria). (Osp. coloniale, Asmara.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 4, S. 333—359.) **33**, 611.

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 5, Bd. 6. — Frangenheim, P., und E. Wehner, Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. — Wehner, E., Die Chirurgie der Harnröhre. — Wehner, E., Die Chirurgie des Penis und Scrotums. — Wehner, E., Die Chirurgie des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges und der Scheidenhäute. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. S. 229—750. 4 Taf. RM. 27.—.) **33**, 602.

Deist, Hellmuth, Die Bedeutung des Ureterenkatheters für die Behandlung der Erkrankungen der Harnwege. (Heilanst. Schömberg b. Wildbad.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 13, S. 437—441.) *

Demel, Rudolf, Der künstliche Ureterersatz. (I. clin. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 203—232.) **32**, 791.

Dmitriew, I. P., Zur Kasuistik der Ureterentransplantation bei Harnblasen- und Prostatacarcinom. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 1/2, S. 139—140.) (Russisch.) **35**, 56.

Firfarov, D., Zur Frage über die Ureterenverpflanzung in den Darm. Ein Fall von Verpflanzung bei Blasenzerreißung nach der Geburt. (I. chir. Krankenh., Nowo-Nikolajewsk, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 188—195.) (Russisch.) **34**, 537.

Fronstein, R., Zur Chirurgie der Harnleiter. (Urol. Klin., I. Moskauer Univ., Dir. Prof. R. Fronstein.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8, S. 18—21.) (Russisch.) **33**, 676.

Hunt, Verne C., Disposal of the ureter in surgical excision of malignant tumors of the bladder. (Div. of surg., Mayo clin., Rochester, Minn.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 1, S. 19—31.) **34**, 263.

Illievitz, A. B., A new method for the removal of stone in the ureter. A prelim. report. (Surg., gynecol., a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 575—576.) **32**, 537.

Matussoff, M. B., Resultate der Harnleiterüberpflanzung in den Darm nach dem Materiale der Klinik von Professor Oppel. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 649—655. Leningrad 1925.) (Russisch.) **35**, 918.

Matussov, M., Zur Frage der aufsteigenden Niereninfektion nach der Implantation des Harnleiters in den Mastdarm. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad. u. Metschnikoff-Krankenh. Leningrad, Dir. Prof. W. A. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija Bd. 1, S. 214—221.) (Russisch.) **37**, 206.

Mayo, Charles H., Methods of ureteral repair and transplantation. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 472—474.) **34**, 605.

Montenegro, Antonio, und Luis Figueroa Alcorta, Vereinfachte Technik bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus. (Rev. méd. de Sevilla Jg. **43**, März-H., S. 10—18.) (Spanisch.) **33**, 612.

Montenegro, Antonio, und Luis Figueroa Alcorta, Vereinfachung der Techniken der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. **37**, Nr. 237, S. 204—213.) (Spanisch.) **35**, 652.

Negro, Mario, A proposito di un incidente raro nel cateterismo ureterale. (Serv. d. malattie d. vie urin., osp. Lariboisière, Parigi.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 6, S. 561—564.) **34**, 181.

Pagliere, Luis E., Schwere Zufälle nach Ureterenkatheterismus. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. **37**, Nr. 237, S. 214—219.) (Spanisch.) **35**, 645.

Picard, Hugo, Über Ureterimplantation ins Colon sigmoideum bei mechanisch bedingter Urämie. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 11, S. 808—809.) **34**, 542.

Pirondini, Eugenio, Di un errore gravissimo, non ancora citato, nel cateterismo ureterale. (Clin. priv. p. chir. urinaria, Roma.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 1, S. 59—68.) **34**, 605.

Ponomareff, A. F., Die Harnleiterüberpflanzung bei Blasenscheidenfisteln. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir. in Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925. S. 649). (Russisch.) **35**, 919.

Smitten, A. G., Die Harnleiterüberpflanzung in den Darm nach dem Materiale eines Rundschreibens an russische Chirurgen. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925. S. 648.) (Russisch.) **36**, 221.

Blase.

Anatomie, Physiologie und Pathologie der Blase.

Bobin, W. W., Die Nerven der Harnblase. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 695—696. Leningrad 1925. (Russisch.) **35**, 56.

Eisendrath, Daniel N., Harry Katz and Julius M. Glasser, Bladder reflux. A clinical and experimental study. (Urol. dep., Michael Reese a. Chicago mem. hosp., Chicago.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1121 bis 1125.) **36**, 57.

Grönvall, Herman, Mechanismus der Blasenentleerung. (Physiol. inst., univ., Lund.) (Svenska läkartidningen Jg. 22, Nr. 20, S. 577—595.) (Schwedisch.) *

Herrmann, Hans, Über die Substitution der Muskulatur der Harnblase durch Bindegewebe. (Pathol. Inst., Univ. Würzburg.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 35, Nr. 13/15, S. 417—426.) **32**, 305.

Leńko, Zenon, und Jerzy Krzyżanowski, Beitrag zur Frage der Resorption der normalen Harnblase. (Polska gazeta lekarska Jg. 8, Nr. 3, S. 36—37.) (Polnisch.) **35**, 651.

Lion, Karl, Betrachtungen zum Mechanismus der Harnableitung. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 6, S. 428—430.) **38**, 61.

Matussoff, M. B., Resultate der Harnleiterüberpflanzung in den Darm nach dem Materiale der Klinik von Professor Oppel. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. S. 649—655. Leningrad 1925.) (Russisch.) **35**, 918.

Miura, Yoshio, Versuche über die Wirkungen der Hypophysenauszüge auf die Harnsekretion. (Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.) (Arch. f. exp. Pathol. u. Pharmakol. Bd. 107, H. 1/2, S. 1—19.) *

Nicolaysen, N. Aars, Über einige Mißbildungen der Blase. (Med. rev. Jg. 42, Nr. 2, S. 51—60.) (Norwegisch.) **33**, 613.

Pelouze, P. S., Habit bladders. A discussion of the medical and surgical aspects of the effects of habits on the urinary bladder. (Dep. of urol., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 679—687.) **34**, 261.

Ponomareff, A. F., Die Harnleiterüberpflanzung bei Blasenscheidenfisteln. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir. in Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925. S. 649.) (Russisch.) **35**, 919.

Rasenkow, I., Zur Frage über die vierfache Innervation der Organe. (Moskovskij medicinskij žurnal Nr. 6, S. 23—31.) (Russisch.) **35**, 261.

Schönfeld, W., und Werner G. Müller, Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen. (Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Hautkrankh., Greifswald.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 8, S. 291—294.) **32**, 248.

Schwarz, Otto A., Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen. Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Prof. Dr. W. Schönfeld und Dr. Werner G. Müller in Nr. 8, 1925, dieser Wochenschr. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 18, S. 737—738.) **34**, 184.

Schwarz, Otto A., und S. Perlmann, Über Blasenstörungen bei spinalen Erkrankungen. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 22, S. 896—897.) **33**, 614.

Spiegel, E. A., und D. J. Mac Pherson, Beiträge zum Studium des vegetativen Nervensystems. VIII. Mitt. Die spinale Blasenbahn. (Neurol. Inst., Univ. Wien.) (Pflügers Arch. f. d. ges. Physiol. Bd. 208, H. 3/4, S. 570—573.) **37**, 53.

Ssubotzky, B. E., Über die Innervation der Harnblase, ihre Physiologie und Pathologie (Moskau). (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 195 bis 213.) (Russisch.) *

Steiner, József, Die Bedeutung der manometrischen Methode bei der Prüfung der normalen und abnormalen Blasenfunktion. (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. **3**, Nr. 11, S. 277—284.) (Ungarisch.) **35**, 336.
Vicentini, Fernando, La pressione endovescicale. (Clin. chir., univ., Roma.) (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. **2**, S. 93—124.) **35**, 651.

Urachuskrankheiten.

Gayet et Cibert, Calcul développé dans un diverticule ouraquien. (Soc. nat. de méd. et des scienc. méd., Lyon, 11. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. **135**. Nr. 26, S. 789—791.) **33**,611.
Swayne, R. W., Notes on a case of congenital abnormalities of the bladder and kidneys. (Journ. of the roy. army med. corps. Bd. **44**, Nr. 1, S. 49—52.) *

Spontane und traumatische Blasenrupturen.

Firfarov, D., Zur Frage über die Ureterenverpflanzung in den Darm. Ein Fall von Verpflanzung bei Blasenzerreißung nach der Geburt. (I. chir. Krankenh., Nowo-Nikolajewsk, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 10/11, S. 188—195.) (Russisch.) **34**, 537.
Hupp, Frank Le Moyne, Intraperitoneal rupture of the urinary bladder. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 3, S. 209—213.) *
Kümmell, Hermann, Die Blutungen der Harnorgane. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 143—166.) **33**, 136.
McCoy, Stephen C., Observations on urocystic rupture with report of one case. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 9, S. 347—353.) *
Reed, Robert J., Injuries of the bladder and urethra complicating fractures of the pelvis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 8, S. 295—297.) **33**, 350.
Rejsek, Joseph, Un cas rare de rupture de la vessie au cours de cystoradiographie. (Clin. chir. du prof. Kukula, Prague.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. **5**, S. 382 bis 387.) **35**, 915.
Roedelius, E., Über Blasenverletzungen bei Eröffnung von Douglasabscessen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 28, S. 1151—1153.) **32**, 676.
Stirling, W. Calhoun, Extraperitoneal rupture of the bladder with extensive extravasation of urine. Report of case. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 4, S. 198 bis 199.) **34**, 536.

Blasenfremdkörper.

Berger, Hans, Ausstoßung eines in die Blase eingedrungenen Fremdkörpers durch deren Wandung. (Standortlaz., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 52, S. 2230.) **34**, 186.
Ferrero, Fremdkörper der Blase. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 514—519.) (Spanisch.) *
Hawkins, John A., Foreign bodies in the urinary bladder. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 7, S. 389—390.) *
Leńko, Z., Beseitigung von Fremdkörpern aus der Blase. (Polska gazeta lekarska Jg. **2**, Nr. 41, S. 712—714.) (Polnisch.) **36**, 218.
Pagliere, Luis E., Improvisiertes Instrumentarium zur cystoskopischen Entfernung einer Haarnadel aus der Blase. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 7, S. 165—168.) (Spanisch.) *
Pedersen, Victor Cox, Foreign body in the male bladder. Rubber catheter removed through operation cystoscope. (Med. times Bd. **58**, Nr. 2, S. 34.) *
Sofronov, N., Zur Frage der Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. (Žurnal dlja ussoweršenstwowanija vračei Jg. **3**, Nr. **4**, S. 206—211.) (Russisch.) *

Blasensteine.

Anthony, R. W., Certain aspects of litholapaxy. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 7, S. 311—312.) **34**, 261.
Astraldi, A., und J. A. Quintana, Lokalanästhesie bei Lithotripsie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 5, S. 111—113.) (Spanisch.) *
Baratynskij, P., Die Blasensteinkrankheit bei Frauen und ihre Besonderheiten. (Chir. Frauen-Abt., Gouvern.-Krankenh., Tambov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 3, Nr. 27, S. 455—461.) (Russisch.) **34**, 608.

Becker, Heinz, Bakterien- und Eiweißsteine in den Harnwegen. (Privatklin. Prof. Dr. A. v. Lichtenberg, Charlottenburg u. Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 77—92.) 33, 283.

Beer, Edwin, Dumb-bell stone in the bladder and diverticulum; suprapubic cystotomy and removal of stone from bladder and diverticulum, with obliteration of diverticulum after excision of outer wall. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 102—106.) 32, 851.

Blatt, Paul, Bakterienfibrinstein und Steinbildungstheorien. (Allg. Poliklin., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 1/2, S. 67—76.) 33, 282.

Carrasco, Blasenstein, Lithothripsie, Darm-sectio hypogastrica. Heilung. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3737, S. 82—83.) (Spanisch.) *

Cassuto, Augusto, Über einen außergewöhnlichen Fall von Harnblasenstein (nach Kaiserschnitt). (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. urol. Ges. S. 243—244.) *

Chiasserini, Angelo, Calcolo vescicale da corpo estraneo. (Osp. civ., Velletri.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 11, S. 388—389.) *

Curchod, Henri, Calculs des voies urinaires. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 9, S. 545—551.) *

Dourmashkin, Ralph L., Reflex calculous anuria. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 6, S. 145—148.) *

Egyedi, Dávid, Entfernung eines verhältnismäßig großen Steines aus der weiblichen Harnblase über die Harnröhre. (Börgyógyászati urol. és venerol. szemle Jg. 3, Nr. 12, S. 308—310.) (Ungarisch.) *

Herman, Leon, Diverticulum with stone. (Pennsylvania hosp., Philadelphia.) (Surg. clin. of North Amercia Bd. 5, Nr. 6, S. 1645—1651.) *

Judd, E. Starr, Bennett R. Parker and Harry D. Morse, Urinary and prostatic calculi. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 655—672.) 34, 185.

Kümmell, Hermann, Die Blutungen der Harnorgane. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 143—166.) 33, 136.

Lungham, J. L., Stone in the bladder formed around a foreign body. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 11, S. 527—528.) *

McMartin, Charles, Vesical calculi on foreign bodies. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 2, S. 219—225.) *

Meyer, Johannes, Sur la dissolution des calculs vésicaux et le traitement consécutif aux opérations sur la vessie et l'urètre. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 12, S. 187 bis 189.) 32, 631.

Myers, John T., Relationship of hard water to health. I. Hard water as a possible factor in urinary concretion formation. (Dep. of hyg. a. bacteriol., univ., Chicago a. dep. of pathol. a. bacteriol., univ. of Nebraska, coll. of med., Omaha.) (Journ. of infect. dis. Bd. 36, Nr. 5, S. 566—576.) 33, 183.

Nathan, S. Kanthimathy, A case of recurring and encysted vesical calculus. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 4, S. 169.) *

Nichol, J. W. McK., A case of vesical calculus formed around an inserted foreign body. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 6, S. 271—272.) *

Nobécourt, De la lithiase vésicale chez les enfants. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 25, S. 935 bis 941.) 33, 616.

Praetorius, G., Zunehmende Häufigkeit von Harnsteinen in Hannover. (Städt. Krankenh. Siloah, Hannover.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 8, S. 311.) *

Račić, J., Beitrag zur Kenntnis der Blasen- und Nierensteinkrankheit in Dalmatien. (Staats-Spit., Split, S. H. S.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 3/4, S. 127 bis 162.) 32, 116.

Reaves, J. U., Treatment of cystin stone. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 8, S. 599 bis 603.) 39, 607.

Rosenmeyer, K., Über die Therapie der sogenannten Fettsteine in der Blase. (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 4, S. 274—277.) 32, 423.

Seeger, S. J., and W. M. Kearns, Cystinuric lithiasis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 1, S. 4—7.) 34, 186.

Smith, Henry, Stone in the bladder. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 1, S. 18.) *

Stallman, J. F. H., Two cases of cystinuria in children, with renal and vesical cystin calculi respectively. (Hosp. for sick children, London.) (Lancet Bd. 209, Nr. 8, S. 375—378.) 34, 662.

Steinhäuser, Willy, Reargonblasenstein. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 23, S. 940—941.) 34, 608.

Wiener, Kurt, Blasensteinbildung bei Gonorrhöebehandlung mit Reargon. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 6, S. 232—233.) *

Witt, C. H. de, Case report of recurrence of vesical calculus. (Radiology Bd. 4, Nr. 4, S. 332.) *

Bilharzia, Amœbiasis, Aktinomykose.

Hall, Alexander Hislop, Observations on bilharziosis in Iraq. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 44, Nr. 1, S. 1—10 u. Nr. 2, S. 92—102.) *

Panayotatou, Angelica, Cystitis caused by Amoeba histolytica and Schistosoma Mansoni. (Brit. journ. of childr. dis. Bd. 22, Nr. 262/264, S. 289—291.) 36, 58.

Petzetakis, M., Amöbenerkrankungen der Harnwege und Amöbencystitis. (Griechisch. Spit., Alexandrien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 49, S. 1310—1311.) *

Petzetakis, M., et Ph. Mylonas, De l'existence des lésions ulcéreuses dans la cystite amibienne. (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 3, S. 226—230.) 34, 608.

Stühmer, A., Bilharziaerkrankung der Blase. (Univ.-Hautklin., Freiburg i. Br.) (Dermatol. Zeitschr. Bd. 48, H. 3/4, S. 132—139.) 38, 327.

Weiser, A., Zur Erkennung der Strahlenpilzkrankheit der Harnblase. (Chir. Univ., Klin., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 211—217.) 38, 350.

Cystitis, Pericystitis.

Cabot, Hugh, and John L. Loomis, Etiology and prevention of socalled catheter cystitis. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 1, S. 32—38.) 36, 57.

Cairns, H. W. B., Observations on the etiology and treatment of cystitis. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 78—92.) 34, 260.

Fabris, Ugo, Intorno alla patogenesi degli ascessi del cavo prevescicale di Retzius. (Istit. di patol. spec. chir. e di clin. chir. propedeut., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 6, S. 89—93.) 33, 618.

Hager, Benjamin H., and Thomas B. Magath, The etiology of incrusted cystitis with alkaline urine. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1352 bis 1355.) 35, 711.

Hailes, W. A., and F. M. Burnet, A case of cystitis cystica associated with severe haematuria. (Walter a. Eliza Hall inst., Melbourne.) (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 10, S. 285—287.) 34, 537.

Lazarus, Joseph A., Cystic inflammation of the vesical neck and of the prostatic urethra. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 2, S. 162—165.) 34, 260.

Liodt, Viktor, Über einen interessanten Nebenbefund bei einem Falle von Cystitis und Nephritis. (Gynäkol. Abt., städt. Krankenh., Uzhorod.) (Münch. med. Wochenschrift Jg. 72, Nr. 30, S. 1252—1253.) 34, 186.

Morton, Henry H., Cystitis cystica, as developed from Bruns nests. With treatment of acute cystitis with collargol and oil. (Long Island coll. hosp., Brooklyn.) (Med. times Bd. 53, Nr. 7, S. 157—159.) 36, 644.

Palmer, Edward R., Remarks on cystitis. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 6, S. 336 bis 337.) *

Pleschner, Hans Gallus, Zur Cystitisbehandlung. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 270.) 33, 830.

Rathbun, N. P., Polycystic kidney; bladder carcinoma; cystitis cystica. Case report. (Brooklyn hosp., Brooklyn.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 3, S. 114 bis 118.) *

Scheele, Karl, Die Cystitis granularis (nodularis und cystica). (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 255—260.) 33, 283.

Nicht durch Geschwulst bedingte und nicht spezifische Geschwüre der Blase.

Keene, Floyd E., Elusive ulcer of the bladder. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 3, S. 380—385 u. 443—444.) 33, 676.

King, E. Harold, Ulcers of the bladder. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 8, S. 1030—1031.) *

Knorr, Richard, Die ulcerösen Erkrankungen der weiblichen Harnblase. (VI. Kongreß, Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 245.) *

Blasentuberkulose.

Blanc, Henry, Comment traiter la cystite tuberculeuse ? (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 56, S. 914—917.) 34, 187.

Blanc, Henry, La technique des instillations vésicales de bleu de méthylène dans la cystite tuberculeuse. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 2, S. 144—148.) 34, 610.

Farbach, Henry J., Tuberculous cystitis. (Cystitis tuberculosa.) (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 6, S. 334—336.) *

Gaudino, Nicolas M., Diathermiebehandlung der nach Nephrektomie zurückgebliebenen tuberkulösen Blasenaffektionen. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 316, S. 204—219.) (Spanisch.) *

Hammond, T. E., Tuberculosis of the genito-urinary system. (Tubercle Bd. **6**, Nr. 10, S. 490—497.) *

Kümmell, Hermann, Die Blutungen der Harnorgane. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **192**, H. 1/5, S. 143—166.) **33**, 136.

Perrucci, Antonio, Fistola vescico-intestinale guarita senza intervento chirurgico. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 2, S. 157—161.) **35**, 712.

Rovsing, Thorkild, Prognose und Behandlung der Blasentuberkulose. (Univ.-kir. klin., rigshosp. afd. C. u. prof. Rovsings privatklin., Kopenhagen.) (Bibliothek f. Laeger Jg. **117**, Juni-Juli-H., S. 301—312.) (Dänisch.) **34**, 609.

Blasensyphilis.

Barabas, Erwin, Ein Fall von Lues der Blase. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 4, S. 123—124.) *

Blanc, H., et M. Negro, A propos d'un cas de syphilis vésicale (fistule vésico-intestinale). (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 6, S. 513—520.) *

Koll, Irvin S., Syphilis of the urinary bladder. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 1, S. 54—57.) **32**, 249.

Moses, Felix, Untersuchungen zur Syphilis der Harnblase. (Städt. Obdach u. städt. Krankenh. Moabit, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 14, S. 501—502.) *

Saelhof, Clarence C., Syphilis of the urinary bladder. (Laborat., municip. tubercul sanit., Chicago.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 461—464.) *

Spremolla, G., La sifilide della vescica urinaria. (Contributo clinico e istologico.) (Istit. ematol., „C. Martelli", Napoli.) (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 11, S. 248 bis 250.) *

Purpura, Leukoplakie, Malakoplakie des Nierenbeckens und der Blase.

De Gironcoli, F., Intorno alla porpora emorragica della vescica. (III. div. chir., osp. civ., Venezia.) (Arch. ital di urol. Bd. **1**, H. 6, S. 631—643.) **34**, 184.

Nédelec et Vafiadis, Etude sur le purpura de la vessie. (Hôp. St.-Joseph, Paris.) (Arch. des maladies des reins et des org. génito-urin. Bd. **2**, Nr. 3, S. 257—276.) **36**. 55.

Wilhelmi, Otto J., Leukoplakia of the bladder. (Urol. outpatient clin., Washington univ. med. school, St. Louis.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 6, S. 653—659.) **36**, 146.

Blasenektopie.

Cameron, D. A., A case of exstrophy of the bladder. (Hosp. f. sick children a. Lady Lamington hosp., Brisbane.) (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 20, S. 509 bis 510.) **32**, 475.

McCarthy, Joseph F., and Paul Klemperer, Report of interesting case of extrophic bladder with neoplastic implant. (Dep. of urol. a. pathol., post graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 4, S. 419—427.) **36**, 148.

Nicolaysen, N. Aars, Über einige Mißbildungen der Blase. (Med. rev. Jg. **42**, Nr. 2, S. 51—60.) (Norwegisch.) **33**, 613.

Blasendivertikel und Blasenbrüche, Sanduhrblase, Schrumpfblase.

Borchardt, Moritz, Zur Kenntnis der Blasendivertikel. (Krankenh. Moabit, Berlin.) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 5, S. 216—224.) **32**, 349.

Day, Robert V., and Harry W. Martin, Diverticula of the urinary bladder. Feature observations. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 4, S. 268—272.) **32**, 627.

Farr, Robert Emmett, and Clarence W. Brunkow, Hernia of the bladder. A brief review of the literature with a case report and a suggestion of a positive method for pre-operative diagnosis. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 2, S. 264—272.) **33**, 590.

Gayet, G., et J. Cibert, Quelques cas de diverticules de la vessie. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 6, S. 473—505.) **34**, 255

Goodman, Charles, Fibroid of ovary: Renal calculi: Diverticulum of bladder. Abdominal cases: Splenectomy for thrombo cytopenic purpura: Case of gas bacillus of the Welch type, following an automobile injury: Perisympathectomy: Paralysis agitans. (Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 237—247.) *

Herman, Leon, Diverticulum with stone. (Pennsylvania hosp., Philadelphia.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 6, S. 1645—1651.) *

Horine, Cyrus F., Strangulated inguinal hernia of the urinary bladder. Report of two cases. (Dep. of surg., univ. of Maryland, Baltimore.) (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 33.) 34, 244.

Jarosz, H., Zur Kenntnis der Harnblasendivertikel. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 10, S. 722—733.) 33, 612.

Lurz, L., Über sogenannte kongenitale Blasendivertikel. (Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 5/6, S. 278—299.) 34, 259.

Maraini, B., und J. A. Quintana, Ein Fall chirurgisch behandelten Blasendivertikels. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 7, S. 176—178.) (Spanisch.) *

Ravasini, C., Grande diverticolo in una donna. Diverticulectomia per via soprapubica. Guarigione. (Osp. Regina Elena, Trieste.) (Arch. ital. di urol. Bd. 1, H. 6, S. 649—650.) *

Read, J. Sturdivant, A palliative treatment of bladder diverticula. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 5, S. 537—544.) 33, 613.

Rosenburg, Albert, Zur Frage der Blasendivertikel. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 265—269.) 33, 283.

Tant, Considérations tirées de l'observation de trois cas de diverticules de la vessie. (Scalpel Jg. 78, Nr. 39, S. 1001—1009.) *

Ward, R. Ogier, A clinical study of eleven cases of vesical diverticula. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 144—157.) *

Waškewič, E., Krebs im Harnblasendivertikel. (Urol. Klin., I. Univ. Moskau, Direktor Prof. R. M. Fronstein.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8.) (Russisch.) 34, 260.

Wolfson, William L., Diverticulum of the bladder causing dystocia at labor. Report of a case. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 524—527.) 32, 628.

Blasengeschwülste.

André, P., De la dérivation des urines en amont de la vessie. Néphrostomie ou urétérostomie. (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 6, S. 196—200.) 34, 176.

Astraldi, A., Die elektrische Osmose bei den Blasentumoren. (Inst. de med. exp., univ., Buenos Aires.) (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. 37, Nr. 236, S. 153—159.) (Spanisch.) 35, 712.

Astraldi, Alejandro, Krebs der Harnwege. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 121, S. 264—275.) (Spanisch.) *

Berne-Lagarde, de, La dérivation des urines par l'urétéroostomie iliaque dans les néoplasmes vésicaux inopérables. (Hôpital Jg. 13, Nr. 152, S. 569—570.) 34, 264.

Boeminghaus, H., Beitrag zur Behandlung der Blasengeschwülste. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 1, S. 115—127.) 34, 112.

Bottari, Tullio, Contributo allo studio del sarcoma della vescica. (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 12, S. 601—616.) *

Caulk, John Roberts, Haemangiomata of the bladder and ureter. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 49—52.) *

Christeller, Pathologie und pathologische Anatomie der Geschwülste der Harnblase. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 24. VI. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 2, S. 103—118.) 32, 793.

Cunningham, John H., Roger C. Graves and Wm. T. Bovie, Controlled diathermy. A new method for the treatment of bladder tumors. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 4, S. 411—418.) 34, 571.

De Gironcoli, F., Sulla chemiocoagulazione dei tumori vescicali. (III. div. chir., osp. civ., Venezia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 18, S. 539—546.) 34, 263.

Dmitriew, I. P., Zur Kasuistik der Ureterentransplantation bei Harnblasen- und Prostatacarcinom. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 1/2, S. 139—140.) (Russisch.) 35, 56.

Ferria, L., La diagnosi precoce del cancro del rene, della vescica e della prostata. (Sez. urol., osp. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35bis, S. 59—64.) *

Ferrier, Paul A., Some problems in the management of tumors of the urinary bladder. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 10, S. 1303—1307.) 34, 540.

Fischel, Ellis, Total cystectomy for cancer. An obsolete operation? (Surg. dep., Barnard free skin a. cancer hosp., St. Louis.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 3, S. 285 bis 292.) 34, 542.

Fuchs, Felix, Zur Klinik und Statistik der Harnblasentumoren. (II. Chir. Univ.-Klin., Wien.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 5/6, S. 277—297.) 32, 632.

Fullerton, Andrew, The treatment of bladder tumours. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 41, S. 243—258.) **33**, 678.

Gaudy, Jules, et Mathieu Schillings, Les tumeurs de la vessie. (Serv. d'urol., policlin., univ., Bruxelles.) (Cancer Jg. **2**, Monogr.-Nr., S. 1—75.) **37**, 834.

Gottlieb, I., Die Diagnose und Behandlung der Harnblasengeschwülste. (Urol. Klin., I. Univ., Moskau, Prof. Fronstein.) (Vestnik sowrewenoj mediciny Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 2, S. 11—13.) (Russisch.) *

Gottlieb, J., Über die Chemokoagulation der Geschwülste der Harnblase. (Urol. Klin., I. Univ. Moskau.) (Urologija Bd. **2**, Nr. 8.) (Russisch.) *

Grant, Owsley, The surgical treatment of bladder tumors. (Urol. dep., univ., Louisville.) (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 3, S. 202—206.) **32**, 905.

Harmsen, B. M., Ein Fall von Bildung einer künstlichen Harnblase. (Chir. Abt., Ostroumow-Krankenh., Moskau.) (Russkaja klinika Bd. **3**, Nr. 14, S. 947—950. (Russisch.) **34**, 913.

Hock, Alfred, Über einen Fall von „versprengter" Prostata. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 222—225.) **35**, 339.

Hunt, Verne C., Disposal of the ureter in surgical excision of malignant tumors of the bladder. (Div. of surg., Mayo clin., Rochester, Minn.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 1, S. 19—31.) **34**, 263.

Jamieson, William Ross, Sarcoma of the bladder. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 12, S. 734—735.) *

Illyés, Géza, Thermo-chemische Koagulation der Blasengeschwülste und -geschwüre. (Orvosképzés Jg. **15**, H. 2, S. 93—97.) (Ungarisch.) *

Joseph, E., Die Behandlung der Blasengeschwülste. (Berlin. urol. Ges., Sitzg. v. 24. VI. 1924.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 2, S. 118—136 u. 138—145.) **32**, 903.

Joseph, Eugen, Zur Behandlung des Carcinoms der Harnblase. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 2, S. 45—47.) **32**, 308.

Kidd, Frank, Note on a cystoscope of new type. Designed for the application of diathermy to bladder tumours. (London hosp., London.) (Lancet Bd. **209**, Nr. 25, S. 1282 bis 1283.) **36**, 94.

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) **33**, 195.

Kolischer, Gustav, and A. E. Jones, A contribution to the technique of the electrocoagulation of vesical tumors. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 7, S. 383 bis 384.) **34**, 264.

Kostjurin, W. S., Über Fibromyome der Harnblase. (Urol. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 197—204.) **33**, 351.

Legueu, Le traitement du cancer de la vessie. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 15, S. 246—248.) *

Lucri, Tito, Papillomatosi diffusa del collo della vescica della regione del verum montanum. Elettrocoagulazione delle vegetazioni. Guarigione. (Ambulat. urol., La Spezia.) (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 35—40.) **35**, 338.

McCarthy, Joseph F., and Paul Klemperer, Report of interesting case of extrophic bladder with neoplastic implant. (Dep. of urol. a. pathol., post graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 4, S. 419—427.) **36**, 148.

MacKenzie, David W., Bladder neoplasms. (Dep. of urol., roy. Victoria hosp. Montreal.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 3, S. 275—284.) **34**, 540.

Marinescu, G. Die Behandlung der Blasentumoren. (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 3, S. 220—228.) (Rumänisch.) *

Matussoff, M. B., Resultate der Harnleiterüberpflanzung in den Darm nach dem Materiale der Klinik von Professor Oppel. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 649—655. Leningrad 1925.) (Russisch.) **35**, 918.

Meßtorff, Th., Ein Beitrag zur Frage der Totalexstirpation der Harnblase bei Krebs. (Städt. Krankenh., Neumünster i. Holst.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 425—429.) **34**, 541.

Rathbun, N. P., Polycystic kidney: bladder carcinoma: cystitis cystica. Case report. (Brooklyn hosp., Brooklyn.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 3, S. 114—118.) *

Ravasini, Carlo, Regeneration der Blase nach Exstirpation infolge Blasengeschwulst. (Urol. Abt., Spit. „Regina Elena", Triest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 8, S. 601 bis 604.) **34**, 112.

Smitten, A. G., Die Harnleiterüberpflanzung in den Darm nach dem Materiale eines Rundschreibens an russische Chirurgen. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925. S. 648.) (Russisch.) **36**, 221.

Stenius, Fjalar, Zur Bewertung des epithelialen Harnsedimentes für die Diagnose der Blasengeschwülste. (Chir. Univ.-Klin., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 240—255.) **32**, 632.

Swan, R. H. Jocelyn, Some reflections upon villous-covered tumours of the urinary bladder. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. **19**, Nr. 2, sect. of urol., 29. X. 1925, S. 1—9.) **36**, 219.

Watson, Ernest M., The management of bladder tumors, particularly the inoperable type. (Dep. of urol., state inst. f. the study of malignant dis., New York a. Buffalo gen. hosp., Buffalo.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 509—517.) **36**, 220.

Andere Krankheiten der Blase (Incontinentia urinae) *(siehe auch Allgemeines über die Cystoskopie und Chirurgie der Harnblase S. 760).*

Brunner, Theodor, Postoperative Harnverhaltung und intravenöse Urotropininjektion. (Krankenh., München-Schwabing.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 32, S. 1326—1329.) *

Carson, William James, Gangrene of the bladder. (Dep. of pathol., univ. of Maryland, Baltimore.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 2, S. 205—217.) **32**, 631.

Caulk, John R., The fallacious orifice. Contracture of the vesical neck. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 3, S. 293—299.) **34**, 606.

Cevario, Luigi, Cisti idatidea dello spazio retrovescicale. (Osp. civ., Campiglia marittima.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 22, S. 770—775.) *

Chetwood, Charles H., Stenosis of the bladder outlet. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 5, S. 97—104.) **33**, 616.

Chetwood, Charles H., A review of the subject of stenosis of the neck of the bladder. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 8, S. 457—459.) **34**, 538.

Cifuentes, Pedro, Die postoperative Periode in der Chirurgie der Harnorgane. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 7—47.) (Spanisch.) **36**, 645.

Colby, Fletcher H., Embryonic rests of the urinary bladder. (Urol. clin., Peter Bent Brigham hosp., Boston.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 4, S. 528 bis 530.) **32**, 628.

Collings, Clyde W., Two cases of urinary retention due to prostatic sclerosis relieved by radiotherm cauterization. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 6, S. 715—716.) **33**, 546.

Delbet, Pierre, et André Leri, L'incontinence dite „essentielle" d'urine. Pathogénie et traitement chirurgical. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 7, S. 483—505.) **36**, 144.

Edelberg, G., und J. Galant, Über die Harnblasenblutungen bei der Retroflexio uteri gravidi. (Klin. f. Geburtshilfe u. Gynäkol., Univ. Jaroslawl, Direktor: Prof. Edelberg.) (Urologija Bd. **2**, Nr. 8.) (Russisch.) **34**, 185.

Frank, Ernst Rich. Wilh., Brückenbildung in der Harnblase. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 226—230.) **33**, 138.

Furniss, H. Dawson, Urinary incontinence in women. (Post-graduate hosp., univ. New York.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 1, S. 249—262.) **33**, 615.

Gussakov, L., Zur Frage der operativen Behandlung der Enuresis nach Stoeckel. (Frauen-Klin., Leningrad, Dir. Prof. Okincitz.) (Vračebnaja gaseta Nr. **3**, S. 74—75.) (Russisch.) **33**, 397.

Hjelt, Sally, Zur Behandlung der postoperativen Harnverhaltung. (Diakonissjukh., Helsingfors.) (Finska läkaresällskapets handl. Bd. **67**, Nr. 11, S. 990—999.) **36**, 146.

Klika, M., Einige interessante urologische Fälle. (Chir. klin., prof. Kostlivého, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. **5**, Nr. 3, S. 160—167.) (Tschechisch.) **35**, 849.

Kropeit, Alfred, Endoskopisch-kaltkaustische Einkerbung des Blaseneingangs bei Harnverhaltung. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 231—238.) **33**, 830.

Kutzmann, Adolph A., Non-parasitic chyluria. (Dep. of urol., univ. of California San Francisco.) (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 5, S. 765—780.) **35**, 652.

Lazarus, Joseph A., Median bar formation. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 465 bis 469.) **32**, 792.

Levy, S., Blasendehnung bei Bettnässen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 29, S. 1201.) **32**, 903.

Lönne, Fried., Eine cyclische Blutung aus Blase und linkem Ureter bei fehlender Uterusblutung. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der vikariierenden Menstruation.) (Vestische Frauenklin. u. Entbindungsanst., Erle.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 21, S. 1129—1134.) *

Malartre, J., Un cas rare de péricystite suppurée chez un vieil urinaire. (Clin. urol., univ., Lyon.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. **4**, S. 320—323.) *

Matusovszky, Andreas, Über die Varicen der Harnblase. (I. Frauenklin., Univ., Budapest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 3, S. 207—212.) **32**, 676.

Mercier, O., De la miction en deux temps dans la barre interurétérale. (Serv. civ., hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 2, S. 97—102.) **34**, 262.

Müller, G., Die Behandlung der Blasenatonie mit Symptomen von „Ischuria paradoxa" mit Fältelung derselben und mit kombinierter Profixation der Vorderwand der Blase und der Gebärmutter. (Klin. ženská, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. 4, Nr. 9, S. 430—437.) (Tschechisch.) **34**, 184.

Nicolich jr., Giorgio, Ritenzione d'orina completa cronica da causa oscura, guarita con la resezione del collo vescicale. (Div. urol., osp. civ. regina Elena, Trieste.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 10, S. 222—223.) **32**, 629.

Nishiura, Koitchi, Les varices vésicales. (Acta dermatol. Bd. **6**, H. 2, S. 325 bis 330.) **34**, 607.

Perrucci, Antonio, Fistola vescico-intestinale guarita senza intervento chirurgico. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 2, S. 157—161.) **35**, 712.

Pirondini, Eugenio, Contributo allo studio delle cosidette „barre" del collo vescicale. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 31—34.) **34**, 186.

Pugh, Winfield Scott, Varicose veins of the bladder. A cause of urinary hemorrhage. (Urol. dep., James Buchanan Brady found., hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 455—460.) **32**, 851.

Serantes, Arturo, und Leopoldo A. Montes, Über einen Fall von essentieller Harninkontinenz beim Kind. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. **6**, S. 139—142. (Spanisch.) *

Strassmann, Paul, Ersatz einer Schrumpfblase durch Transposition des S romanum. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 21, S. 1122—1129; Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 8, S. 583—600.) **32**, 306. **34**, 540.

Vital, Aza, Intravenöse Urotropininjektion und Blasenlähmung bei gynäkologischen Operationen. (Rev. española de obstetr. y ginecol. Jg. **10**, Nr. 114, S. 241—244.) (Spanisch.) *

Voelcker, Fritz, Die Sklerose des Blasenschließmuskels. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 261.) **33**, 829.

Allgemeines über die Cystoskopie und Chirurgie der Harnblase.

Alam, Maqbul, Retention of urine due to hematocolpos. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 8, S. 374—375.) *

Atabekoff, D. N., Zum suprasymphysären Schnitt bei Blasenfisteln der Frau. (Chir. Abt., Alt-Katharinenkrankenh. Moskau.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **35**, H. 1, S. 47—54.) (Russisch.) **35**, 262.

Atabekov, D. N., Lappenplastikmethode bei Urethra-Blasen-Scheidenfisteln und bei Blasen-Scheidenfisteln. (Klin. Inst. z. Fortbildung d. Ärzte, Krankenh. Babuhin, Moskau.) (Trudy akušersko-ginekokogičeskovo občestva pri 1. Moskovskom Universitete Bd. **29**, S. 84—89.) (Russisch.) **36**, 377.

Boyd, Montague L., Suprapubic cystotomy for drainage. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 9, S. 521—522.) *

Bussa Lay, Enrico, La colecisti-uretero-neostomia (trapianto dell'uretere destro nella vescichetta biliare, per la transformazione di questa in vescica orinaria). (Osp. coloniale, Asmara.) (Arch. ital. di chir. Bd. **11**, H. 4, S. 333—359.) **33**, 611.

Cifuentes, Pedro, Die postoperative Periode in der Chirurgie der Harnorgane. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 7—47.) (Spanisch.) **36**, 645.

Ebstein, Erich, Einige Bemerkungen zur Geschichte des Katheters. (Zeitschr. f. Urol Bd. **19**, H. 11, S. 813—815.) *

Epstein, J., Ectopia of the urinary bladder in an infant. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 3, S. 151—152.) *

Furniss, H. Dawson, Suprapubic sphincter tightening. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **9**, Nr. 4, S. 503—506 u. 560.) **32**, 792.

Grosglik, S., Zur Verhinderung der Überschwemmung des Operationsfeldes beim Blasenschnitt. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 4, S. 42.) (Polnisch.) **35**, 849.

Heinburg, Emil, Eine einfache Befestigungsart des Verweilkatheters. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 291 bis 292.) **32**, 907.

Joseph, Eugen, Eine Verbesserung des Operationscystoskops. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 10, S. 524—525.) *

Joseph, Eugen, Verbesserung des cystoskopischen Instrumentariums. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 322—329.) *

Laskownicki, Stanisław, Operationen in der Blase und der hinteren Harnröhre (Klin. chir., uniw., Lwowie.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 57—68.) (Polnisch.) 35, 849.

Marion, Séméiologie cystoscopique. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 331—336.) *

Mermingas, K., Der inguinale Weg zur Harnblase. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 4, S. 178—179.) 31, 192.

Montenegro, Antonio, und Luis Figueroa Alcorta, Vereinfachte Technik bei Cystoskopie und Ureterenkatheterismus. (Rev. méd. de Sevilla Jg. 43, März-H., S. 10—18.) (Spanisch.) 33, 612.

Montenegro, Antonio, und Luis Figueroa Alcorta, Vereinfachung der Techniken der Cystoskopie und des Ureterenkatheterismus. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. 37, Nr. 237, S. 204—213.) (Spanisch) 35, 652.

Oppenheimer, Rudolf, Cystoplastik bei tabischer Blasenparese. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 252—254.) 33, 138.

Papin, La dérivation haute des urines. (25. congr. franç. d'urol., Paris 6.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 85, S. 1412—1414.) 35, 337.

Pugh, Winfield Scott, Surgery of the bladder: Local anesthesia technic. (Anesthesia a analgesia Bd. 4, Nr. 6, S. 359—369.) *

Pugh, Winfield Scott, Suprapubic cystotomy under local anesthesia. (Urol. dep., New York hosp.) (Internat. journ. of med. a surg. Bd. 38, Nr. 2, S. 48—54.) *

Rejsek, Joseph, Un cas rare de rupture de la vessie au cours de cystoradiographie. (Clin. chir. du prof. Kukula, Prague.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 5, S. 382 bis 387.) 35, 915.

Ringleb, Otto, Maximilian Nitres Erfindung des Cystoskops und sein Ausbau der Gebrauchsanweisung dafür. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 7, S. 484—495.) *

Seynsche, Karl, Zur Verwendung des Glaskatheters unter der Geburt. (Frauenklin. städt. Krankenanst.. Essen.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 16, S. 660.) 32, 308.

Strassmann, P., Ersatz einer Schrumpfblase durch Transposition des S romanum. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 21, S. 1122—1129.) 32, 306.

Urethra.

Allgemeines über Urethraerkrankungen und Urethrachirurgie, Urethraspiegelung.

Boeckel, André, et Ch. Oberling, Un cas de tuberculose de l'urètre. (Clin. chir., fac. de méd., Strasbourg.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 2, S. 127—131.) 32, 633.

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 5, Bd. 6. — Frangenheim, P., und E. Wehner, Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. — Wehner, E., Die Chirurgie der Harnröhre. — Wehner, E., Die Chirurgie des Penis und Scrotums. — Wehner, E., Die Chirurgie des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges und der Scheidenhäute. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. S. 229—750. 4 Taf. RM. 27.—.) 33, 602.

Keyes, Edward L., Cases of retention of urine due to posterior urethral valve and cyst of prostate. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 553—556.) *

Laskownicki, Stanisław, Operationen in der Blase und der hinteren Harnröhre. (Klin. chir., uniw., Lwowie.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 57—68.) (Polnisch.) 35, 849.

Livermore, George R., Pathology of the posterior urethra. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 1, S. 111—120.) 32, 554.

Meyer, Simon, Des canaux anormaux sous-urétraux chez l'homme. (Serv. urol., clin. chir. A., fac. de méd., Strasbourg.) (Strasbourg méd. Bd. 2, Nr. 21, S. 83—96.) *

Molina Garcia, V., Fortdauernde Blutung nach Urethrotomia interna. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 418, S. 433—434.) (Spanisch.) 35, 774.

Moorhead, S. W., Anesthesia for minor urological operations. (Hosp., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 557—569.) 35, 680.

Richer, V., Les tuberculoses génitales latentes et l'urétrite chronique tuberculeuse. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 9, S. 249—252.) 34, 611.

Schönfeld, W., und Werner G. Müller, Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen. (Univ.-Klin. u. Poliklin. f. Hautkrankh., Greifswald.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 8, S. 291—294.) 32, 248.

Schwarz, Otto A., Klinische Beobachtungen und experimentelle Untersuchungen über die Resorptionsfähigkeit der Harnröhren- und Blasenschleimhaut beim Menschen.

Bemerkungen zur gleichnamigen Arbeit von Prof. Dr. W. Schönfeld und Dr. Werner G. Müller in Nr. 8, 1925, dieser Wochenschr. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 18, S. 737—738.) **34**, 184.

Strominger, L., Syphilome primaire de l'urètre. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 326—327.) *

Watkins, Thomas J., Prolapse of the female urethra. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 687—688.) **33**, 680.

Widerøe, Sofus, Über operative Behandlung von Urethraldefekten nach Ekehorns Methode. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 7, S. 682-684.) (Norwegisch.) **34**. 265.

Wwedenskij, D. A., Zur Frage der Urethrostomie für die Harnableitung bei Operationen an der Harnröhre. (Militärspital in Taschkent.) (Turkestankij med. journ. Bd. 1, H. 10—11, S. 260—266.) *

Young, H. M., The female urethra. (Journ. of the Missouri state med. assoc. 22, S. 169.) **33**. 759.

Angeborene Krankheiten der Urethra.

Achutin, M. N., Zur Kasuistik der Steine in kongenitalen Urethradivertikeln. (Chir. Abt., Militärhosp., Cita, Sibirien, Vorstand Dr. Achutin.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik Prof. Oppels] Bd. 1, S. 246—249.) (Russisch.) **35**, 456.

Adler-Rácz, Anton von, Zwei Fälle von angeborenem Harnröhrendivertikel, zugleich ein Beitrag zur Wiederherstellung eines ausgebreiteten Harnröhrendefektes. (Urol. Klin., Univ. Budapest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 7, S. 554—558.) **33**. 183.

Brack, Erich, Über eine seltene Harnröhrenmißbildung und über perineale Phlegmonen. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Hamburg.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 5/6, S. 272—276.) **32**. 632.

Dansey, St. J. W., Urethral hernia of the bladder. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 5, S. 137.) **35**, 775.

Ehrich, William S., Congenital obstruction at the urethrovesical orifice. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 4, S. 471—476.) **32**. 852.

Fronstein, R. M., und M. A. Saïgràjeff, Zur Frage der Duplikatur der Harnröhre. (Abt. f. männl. Gonorrhöe, staatl. venerol. Inst., Moskau.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 17, H. 3/4, S. 187—204.) **31**, 770.

Hinman, Frank, and Adolph A. Kutzmann, Congenital valvular obstruction of the posterior urethra. (Dep. of urol., univ. of California, San Francisco.) (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 2, S. 71—112.) **33**, 679.

Urethralverletzungen.

Baidin, Alexander, Eine seltene schwere Verletzung der Harnröhre während der Geburt und die operative Behandlung derselben. (Gynäkol. Abt., Militärhosp., Riga.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 41, S. 2299—2307.) *

Cecil, Arthur B., Destructive lesions of the female urethra in childhood. A differential diagnosis from female hypospadias. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 441—475.) **36**, 223.

Esposito, Giuseppe, L'uretrorrafia della parete inferiore nelle fistole uretro-perineali. (Contributo clinico.) (Osp. S. Maria Egiziaca, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 24, S. 586—588.) **36**, 223.

Frankenthal, L., Ruptur der Urethra im Corpus spongiosum durch Rückstoß auf den Sattelknopf des Motorrades. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 29, S. 1598—1600.) **33**. 680.

Garg, B. R., An interesting case of perineal fistula. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 12, S. 575—576.) **34**. 265.

Reed, Robert J., Injuries of the bladder and urethra complicating fractures of the pelvis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 8, S. 295—297.) **33**. 350.

Spurr, Ricardo, Plastischer Ersatz eines Verlustes von 8 cm der Urethra anterior infolge Gangrän mit urinöser Phlegmone. (Hosp. Parmenio Piñero, Buenos Aires.) (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 4, S. 69—85.) (Spanisch.) **36**, 224.

Gonorrhoische Urethritis.

Frühwald, Richard, Über Urethritis gonorrhoica polyposa bei der Frau. (Stadtkrankenh., Chemnitz.) (Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, Nr. 37, S. 1377—1380.) *

Urethralstrikturen, Urethraldivertikel.

Achutin, M. N., Zur Kasuistik der Steine in kongenitalen Urethradivertikeln. (Chir. Abt., Militärhosp., Cita, Sibirien, Vorstand Dr. Achutin.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten aus der Klinik Prof. Oppels] Bd. 1, S. 246—249.) (Russisch.) **35**. 456.

Adler-Rácz, Anton von, Zwei Fälle von angeborenem Harnröhrendivertikel, zugleich ein Beitrag zur Wiederherstellung eines ausgebreiteten Harnröhrendefektes. (Urol. Klin., Univ. Budapest.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 7, S. 554—558.) 33, 183.
Bazy, P., Résection du périnée pour rétrécissements blennorragiques compliqués (méthode d'Horteloup). (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 5, S. 353—368.) 36, 222.
Bazy, P., Retrécissements infranchissables de l'urètre. Résection du bloc inflammatoire par la méthode d'Albarran-Heitz-Boyer. A propos de l'article de M. Jungano, paru dans le journal d'urologie Nr. 3, mars 1925. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 5, S. 377—378.) 38, 64.
Bellanger, H., Rétrécissement urétral, suite de brûlure par l'ypérite. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 329—330.) *
Bodulin, V. P., Ein Fall von Harnröhrendivertikel, das einen Stein enthielt. (Rotes Kreuz-Krankenh., Penza.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, S. 610—611.) (Russisch.) *
Bogoljatoff, W. L., Zur operativen Behandlung narbiger Verwachsungen der weiblichen Urethra. (Kasanski medizinski journal Jg. 21, Nr. 4, S. 419—421.) (Russisch.) 32, 852.
Boulanger, L., Explorateur souple à boule modifiée explorateur cylindro-conique pour le diagnostic des rétrécissements larges. (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 3, S. 236 bis 237.) 34, 611.
Bumpus jr., Hermon C., Unusual dilatation of the urethra with valve formation. (Sect. on urol., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 5, S. 551—553.) *
Chiaudano, Carlo, Dotto parauretrale dell'uretra posteriore con dilatazione cistica. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 547—551.) *
Eisendrath, Daniel, Urethral stricture. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 4, S. 959—976.) *
Goldberg, Berthold, Komplikationen als Ursache von Harnverhaltung bei Harnröhrenverengerungen. (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 5, S. 359—364.) 32, 424.
Huddy, G. P. B., Urethral pouches. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 50 bis 57.) 33, 680.
Hyman, Abraham, The treatment of urethral stricture. (Surg. serv., Dr. Edwin Beer, Mount Sinai hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 6, S. 152—153.) 34, 40.
Lungano, M., Rétrécissiments infranchissables de l'urètre périneal: Résection du bloc inflammatoire d'après la méthode d'Albarran-Heitz-Boyer, mobilisation de l'urètre et urétrorraphie avec la portion membraneuse. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 3, S. 230 bis 231.) *
Nelken, A., The treatment of stricture of the urethra. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 10, S. 439—442.) 32, 553.
Otto, Franz, Zur Diagnose der Harnröhrenstrikturen, Fisteln und falscher Wege. (Städt. Krankenh. Berlin-Wilmersdorf.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 2, S. 58.) 32, 553.
Ravara, Arthur, Chirurgische Behandlung der Harnröhrenhautfisteln. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 410, S. 233—238; Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 321, S. 449—463.) (Spanisch.) 34, 271. 34, 543.
Richter, Sölve, Zur Kenntnis der Harnröhrentuberkulose, insbesondere ihrer strikturierenden Form. (Chir. Univ.-Klin., Upsala.) (Acta chir. scandinav. Bd. 59, H. 3, S. 237—252.) 33, 681.
Salleras, Juan, Über zwei Fälle von impermeabler Verengerung der Urethra bulbaris. Äußere Urethrotomie mit primärem Verschluß des Perineums. Hypogastrische Harnableitung. Heilung. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 23, S. 1226—1229.) (Spanisch.) 33, 680.
Salleras, Juan, Über zwei Fälle von unforcierbarer Enge der Urethra bulbaris. (Rev. méd. de Sevilla Jg. 43, Okt.-H., S. 1—8.) (Spanisch.) *

Fremdkörper und Steine der Urethra.

Achutin, M. N., Zur Kasuistik der Steine in kongenitalen Urethradivertikeln. (Chir. Abt., Militärhosp., Cita, Sibirien, Vorstand Dr. Achutin.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten aus der Klinik Prof. Oppels] Bd. 1, S. 246—249.) (Russisch.) 35, 456.
Bodulin, V. P., Ein Fall von Harnröhrendivertikel, das einen Stein enthielt. (Rotes Kreuz-Krankenh., Penza.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, S. 610—611.) (Russisch.) *
Cholmovskaja, E., Steine der weiblichen Urethra. (Gynäkol. Klin., Univ. Saratov, Prof. Kakuschkin.) (Kliničeskij žurnal Saratovskavo universiteta Bd. 1, H. 4, S. 45 bis 48.) (Russisch.) 37, 139.

Háhn, Dezsö, Über Urethralsteine auf Grund eines seltenen Falles. (Therapia [Budapest]) Jg. 2, Nr. 8, S. 315—316.) (Ungarisch.) 34, 264.

Mosonyi, Albert, Urethralstein bei einem Kind von 21 Monaten. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 48, S. 1082—1084.) (Ungarisch.) *

San Antonio, C. de, Rezidivierender Urethralstein mit Harnretention. (Anales de la acad. méd.-quirurg. española Bd. 12, S. 550—554.) (Spanisch.) *

Sofronov, N., Zur Frage der Fremdkörper in der Harnröhre und Blase. (Žurnal dlja usoveršenstvovanija vračei Jg. 3, Nr. 4, S. 206—211.) (Russisch.) *

Tjumenev, S., Harnröhrensteine und die Ursachen ihrer Entstehung. (Chir. Klin. Univ. Irkutsk.) (Irkutskij medicinskij žurnał Bd. 3, Nr. 3/4, S. 29.) (Russisch.) *

Trofimov, P. E., Über einen Fall von Urethralsteinen. (Kreiskrankenh., Taganrog.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29 S. 149—150.) (Russisch.) 34, 857.

Wallenstein, S., Renal, ureteral, and urethral calculi. Report of a case in a child eight years of age. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 3, S. 152—155.) *

Urethralgeschwülste.

Arlotta, Michele, Ciste vaginale fistolizzata nell'uretra complicante la gravidanza. (Riv. d'ostetr. e ginecol prat. Jg. 7, Nr. 12, S. 521—531.) *

Astraldi, Alejandro, Krebs der Harnwege. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 121, S. 264—275.) (Spanisch.) *

Christen, René, Etude sur le cancer primitif de l'urètre chez l'homme. Recueil des cas publiés pendant les dix dernières années (1913—1923) avec un cas inédit. (Clin. chir., univ., Genève.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 304—315.) 33, 651.

Diehl, Karl, Über das primäre Urethralcarcinom des Mannes. (Pathol. Inst., Univ. Hamburg.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 256, H. 3, S. 666 bis 673.) 33, 682.

Glöckler, N. E., und W. P. Rawinskij, Ein Fall von Fibrosarcoma urethrae bei einem 13monatigen Mädchen. (Kinderklin. Chef: Prof. I. J. Winokurov u. pathol.-anat. Inst., Chef: Prof. M. M. Tiesenhausen, Odessaer med. Fak.) (Žurnal po izučenja rannego detskogo wosrasta Bd. 3, H. 4/5.) (Russisch.) *

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) 33, 195.

Lloyd, Vernon E., A clinical study of polypi of the prostatic urethra and their relation to chronic prostatis, with a report of thirteen cases. (Guy's hosp. reports Bd. 75, Nr. 2, S. 234—248.) 33, 550.

Palmer, A. C., A case of carcinoma of the female urethra, treated by partial resection of the urethra. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 8, sect. of obstetr. a. gynaecol., 8. I. 1925, S. 45—47.) 34, 265.

Salleras, Juan, Fernresultate einer mit Eisessig behandelten Papillomatose der Harnröhre. (Rev. de la asoc. méd. argentina (Soc. argentina de urol.] Bd. 37, Nr. 232, S. 47—49.) (Spanisch.) 35, 774.

Schmidt, H. R., Entzündliche oder blastomatöse Tumorentwicklung in der weiblichen Harnröhre. (Univ.-Frauenklin., Bonn.) (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 88, H. 3, S. 563—573.) 32, 677.

Schmidt, H. R., Schleimhautpolyp in der weiblichen Harnröhre. Ein Beitrag zur Epithelheterotopie in der Harnröhrenschleimhaut. (Univ.-Frauenklin., Bonn.) (Arch. f. Gynäkol. Bd. 126, H. 2/3, S. 602—608.) *

Villalobos y Roldán, Eduardo de, Ein Fall von primärem Epitheliom der Urethra. (Clin. de ginecol., univ., Madrid.) (Rev. española de obstetr. y ginecol. Jg. 10, Nr. 118, S. 438—440.) (Spanisch.) *

Wesson, Miley B., Cysts of the prostate and urethra. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 605—632.) 35, 657.

Männliche Geschlechtsorgane.

Übersichtsreferat.

Von

G. Dencks, Neukölln.

Will man eine kurze, kritische Übersicht über die Fortschritte bringen, die in chirurgischer Beziehung in den Jahren 1924/25 auf dem Gebiet der männlichen Geschlechts-

organe zu verzeichnen sind, so steht an erster Stelle die Chirurgie der Prostata und besonders der Prostata-Hypertrophie (Pr.-Hyp.), die in einer sehr großen Zahl von Arbeiten behandelt wird. Dabei sei vorweg erwähnt, daß sich die alte, eingebürgerte Bezeichnung Pr.-Hyp. durchaus erhalten hat, obgleich allgemein zugegeben wird, daß es sich um keine Hypertrophie, sondern um echte Geschwulstbildung handelt. Dieses Thema ist natürlich auch mehrfach bearbeitet. Unter andern hat Reischauer in einer Arbeit „Die Entstehung der sogenannten Prostatahypertrophie" eine genaue Beschreibung der mikroskopischen Befunde gegeben, die er durch Untersuchungen an Stufenschnitten bei 100 Prostaten erhoben hat. Wesentlich Neues wird gegenüber den Arbeiten aus dem vorhergehenden Jahr nicht gebracht. Energisch gegen die alte schlechte Bezeichnung tritt Kulenkampff auf; er schlägt folgendes Einteilungsschema vor:

I. Die subvesikalen Adenome.
 a) Die Hantelform.
 b) Die Kugelform.
 c) Die carcinomatöse Entartung beider Formen.

II. Die echten Prostataerkrankungen.
 a) Die Prostatahypertrophie der Pathologen (klinisch fraglich).
 b) Die Prostataatrophie.
 c) Das echte Prostatacarcinom.

In den operativen Fragen, die die Prostatahypertrophie betreffen, ist gegen früher eine weitgehende Übereinstimmung zu verzeichnen. Man erkennt fast einmütig an: „Die operative Entfernung der knolligen Geschwulst ist die einzig sichere Methode zur Heilung des schweren Leidens. Eine sorgfältige Auswahl der noch operationsfähigen Fälle ist notwendig. Die Prüfung der Nierenfunktion ist hierbei unerläßliche Vorbedingung. Für den Erfolg der Operation ist in erster Linie die systematische Vorbehandlung der Kranken, erst in zweiter Linie die Operationsmethode von ausschlaggebender Bedeutung. Der suprapubische Weg ist als der bequemste und beste zu wählen. Bei stärkerer Blutung aus dem Prostatabett ist für 1—3 Tage in irgendeiner Form zu tamponieren." Trotz weitgehender Übereinstimmung in diesen wichtigsten Punkten sind in einzelnen Fragen extreme Gegensätze zu registrieren.

Auf die Vorbehandlung des Kranken in Rücksicht auf Nierenfunktion und Zirkulationsverhältnisse wird in fast allen Arbeiten ein sehr großer Wert gelegt. Die meisten Autoren heben hervor, daß die operative Mortalität der Prostatektomie in erster Linie infolge der vorbeugenden Maßnahmen ganz erstaunlich gesunken ist. So gibt Cunningham, Boston, in einem Bericht über 100 operierte Fälle an, daß die Mortalität in 20 Jahren unter dem Einfluß der sorgfältigen Vorbereitung zur Operation von 30% auf 5% gesunken sei. Ähnliche Zahlen nennen auch andere Autoren. Die allgemein gültige Auffassung drückt Viktor Blum aus, wenn er sagt: „Nur in den seltensten Fällen ist man berechtigt, ohne längerdauernde Vorbehandlung zu operieren, und zwar nur im ersten Stadium der Erkrankung, wenn keine nennenswerte Retention nachzuweisen und der Harn steril ist." Im allgemeinen wird der Dauerkatheter für die Vorbehandlung bevorzugt. Stirling meint, daß er in 90% der Fälle vertragen wird. Doch mehren sich die Arbeiten, in denen man für zweizeitiges Operieren, d. h. die präliminare Anlegung einer suprapubischen Blasenfistel warm eintritt. Unter anderen sind es Rihmer, Hirt und vor allem Legueu, die die Cystostomie bevorzugen. Letzterer sagt: „Die Wohltaten der Prostatektomie kommen jetzt, wo man den zweizeitigen Eingriff eingeführt hat, vielen zu gute, die vordem niemals hätten operiert werden können." Nach seiner Meinung soll man den Eingriff bei Patienten von über 70 Jahren immer zweizeitig machen. Peacoc dagegen hält das Anlegen einer Cystostomie durchaus nicht für unbedenklich. Die plötzliche Druckentlastung, die durch die Schaffung der Blasenfistel entsteht, könne bei überdehnten Blasen zu einer Blutdrucksenkung um 40—50 mm Hg führen, wodurch die Nierenfunktion völlig erlöschen könne. Entgegen der allgemeinen

Auffassung halten unter andern Day und Crosbie den perinealen Weg zur Prostatektomie für den besseren. Ganz kraß drückt sich Day aus, der schlankweg behauptet, daß „die Operationsmortalität bei der suprapubischen Methode doppelt so groß als bei der der perinealen sei.“ Von anderer Seite wird genau das Gegenteil behauptet. Crosbie gibt zu, „daß der perinealen Methode in ungeübteren Händen eine Reihe von Gefahrsmomenten innewohnen.“ Näher auf vergleichende statistische Zahlen einzugehen, erübrigt sich, da solche Vergleichszahlen immer nur einen sehr bedingten Wert haben und gegenüber dem letzten Bericht wesentlich Neues dabei nicht herauskommt. Delore wendet ein kombiniertes Verfahren in jenen Fällen an, in denen die Enukleation von der Blase aus allein nicht gelingt. Von einem perinealen Längschnitt aus operiert er dann bimanuell weiter und kommt so spielend zum Ziel. Ritter operiert größere Tumoren suprapubisch, kleinere perineal.

Erwähnenswert ist eine Arbeit von Lidsky, der den Vorschlag macht, die suprasymphysäre Prostatektomie ohne Eröffnung der Harnblase auszuführen.

Die Blutungsgefahr bei der Prostatektomie wird allzu hoch nicht bewertet. Falsom fand in der Literatur unter 3500 Fällen nur vier Todesfälle, bei denen die Blutung eine gewisse, aber nur untergeordnete Rolle als Ursache spielte. Er selbst hält alle komplizierten Maßnahmen, wie heiße Spülungen, Tamponaden usw. für überflüssig. Man solle die Drüse nur langsam und vorsichtig ausschälen, „dann läuft genügend Gewebssaft über die Wunde und dieser wirkt gerinnungsfördernd“. Legueu und andere wenden zur Bekämpfung einer stärkeren Blutung nach der Prostatektomie die Tamponade an. Der Tampon soll etwa in 3—5 Tagen stückweise entfernt werden. Bouvier verwendet zur Stillung profuser Nachblutungen einen Gazestreifen, durch den ein Silber- oder Aluminiumbronzedraht wellenförmig gezogen und nur an einem Ende des Streifens befestigt wird. Von den Drahtenden wird das eine durch einen Katheter zum Penis, das andere zur Bauchwunde herausgeleitet. Zieht man in der Richtung zum Penis, so wird der Gazestreifen fester in die Wundhöhle hineingepreßt; will man den Streifen entfernen, so zieht man an dem zur Bauchwunde herausragenden Drahtende. Einige Autoren, so Fischer, New York, nähen sogar die Schleimhaut über dem Tampon mit Catgutfäden zusammen. Die Mehrzahl der Chirurgen lehnt die prinzipielle Tamponade ab und sucht auch bei stärkeren Blutungen nur mit Spülungen zum Ziel zu kommen. Die Tamponade soll für ganz seltene Ausnahmefälle mit wirklich abundanter Blutung reserviert bleiben. Die Drainage der Blase zur suprasymphysären Wunde heraus ist von den meisten Autoren beibehalten. Casper allerdings drainiert das Prostatabett nach dem Perineum zu. Er glaubt dadurch eine ausgiebigere Ableitung des Harns zu erreichen. Die sogenannte „ideale Prostatektomie“ ohne Drainage scheint auch heute noch wenig Anhänger zu haben. Erneut betont Mertens die Vorzüge dieser Methode und tritt warm für sie ein. Auch Burk hat ein Verfahren ausgearbeitet, bei dem er den suprapubischen Schnitt primär schließt. Drei auf diese Weise operierte Fälle verliefen glatt.

Die Vasektomie als präliminare Voroperation zur Verhütung von Epididymitis und zur Hebung des Allgemeinzustandes bei kachektischen Patienten wird wieder mehrfach empfohlen (Martin und Anton).

In der Frage der Schmerzbetäubung sind neue Gesichtspunkte kaum zu verzeichnen. Man sucht die Narkose so viel als möglich zu vermeiden und mit Lumbalanästhesie oder örtlicher Betäubung auszukommen.

Mit der geographischen Verbreitung der Pr.-Hyp. beschäftigt sich eine Arbeit von Edwin Pfister. Danach soll die Pr.-Hyp. in Ägypten, Japan, Südchina und ganz besonders auf den Philippinen sehr viel seltener als in Europa und Nordamerika sein. Besonders selten beobachtet man sie bei der Negerrasse. Über das unterschiedliche Vorkommen der Pr.-Hyp. in den einzelnen europäischen Ländern fehlen noch beweiskräftige Statistiken. Scheinbar bestehen Beziehungen zwischen Pr.-Hyp. und Kropf. Das bis jetzt vorliegende statistische Material scheint zu ergeben, daß die Theorie der entzünd-

lichen Genese der Pr.-Hyp. keine Stütze findet, da Länder mit häufigen entzündlichen Veränderungen der Prostata (Ägypten) ein seltenes Vorkommen der Pr.-Hyp. zeigen.

Das Prostatacarcinom wird nur in verhältnismäßig wenigen Arbeiten behandelt. Die recht geringen Erfolge, die man bei der Therapie des Prostatacarcinoms bisher zu verzeichnen hatte, dürften diese Zurückhaltung erklären. In der Frage, ob dem Prostataadenom eine besondere Prädisposition zur carcinomatösen Umwandlung zuzuschreiben sei oder ob das Prostataadenom und das Prostatacarcinom zwei von einander unabhängige Bildungen seien, herrscht noch immer keine Einmütigkeit unter den Autoren. Wilson und Mc Grath sahen in einer Serie von 73 Carcinomen nur zehn, bei denen eine begleitende Pr.-Hyp. fehlte. Jonny dagegen berichtet über 16 Fälle, in denen Prostataadenom und Prostatacarcinom gemeinsam vorkamen, und in denen allen das maligne Wachstum streng vom Adenom abgegrenzt war. 14mal fand sich dabei das Carcinom in der hinteren subkapsulären Partie der Prostata, einmal in der vorderen Kommissur und einmal in einem Seitenlappen der Pr.-Hyp. Einen solchen seltenen Fall, in dem sich in einem Seitenlappen der Prostata zwei kleine Carcinomknoten fanden, veröffentlicht Shaw aus der Youngschen Klinik. Bis auf wenige Stellen war das Carcinom deutlich gegen das Adenom zu abgegrenzt.

Was die Therapie des Prostatacarcinoms betrifft, so sind sich alle Autoren darin einig, daß nur diejenigen Fälle Aussicht auf Heilung haben, die im ganz frühen Stadium der Entwicklung zur Operation kommen, wobei die Schwierigkeit, dieses Stadium rechtzeitig zu erkennen, naturgemäß nicht geleugnet wird.

Für ein möglichst radikales Operieren beim fortgeschrittenen Prostatacarcinom tritt Laewen ein. Er veröffentlicht einen Fall, in dem er zugleich mit dem Tumor Blase und Mastdarm mit resezierte. In Narkose machte er von einem mittleren Laparotomieschnitt aus zunächst eine transperitoneale Ligatur der beiden Arteriae hypogastricae. Es folgten: Isolierung von Sigma und Rectum pelvinum. Durchtrennung des Sigmas und blinder Verschluß beider Darmenden, von denen der untere Stumpf ins kleine Becken versenkt wurde, darüber Verschluß der Peritonealwunde im Becken durch Naht. Der obere Stumpf wird in dem oberen Winkel der im übrigen geschlossenen Laparotomiewunde eingenäht. Hierauf in Steinschnittlage Längsschnitt vom Steißbein bis zum Anus, diesen umkreisend, und Exstirpieren des Mastdarms mitsamt dem Tumor, der mit dem Mastdarm fest verwachsen ist, sowie Mitfortnahme des Blasengrundes. Durchtrennung der Harnröhre unterhalb der Pars prostatica. Die Ductus deferentes werden ebenfalls durchschnitten. Die Urethra wird an der Blase fixiert, im übrigen Schluß der großen Blasenwunde. Der Fall heilte bis auf eine kleine Blasenfistel am Damm. Eine besondere Methode zur Exstirpation der carcinomatösen Prostata hat George Walker angegeben. Dabei wird von einem weit kaudalwärts reichenden Medianschnitt aus die Symphyse durchtrennt und die Prostata hierauf einerseits von der Urethra membranacea, andererseits vom Blasenhalse scharf abgetrennt und exstirpiert. Blasen- und Harnröhrenwunde werden mit Catgutnähten vereinigt; Silberdrahtnaht der Symphyse. Diese Operation soll von Finney in zwei Fällen von Carcinom mit gutem Erfolg ausgeführt sein. Mit den verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten beim Prostatacarcinom befaßt sich eine ausführliche Arbeit von Gandy, Jules und Francois van Dooren. Bei operativem Vorgehen geben die Verff. der perinealen Methode den Vorzug, und zwar in Form der von Young angegebenen Modifikation. Von drei so operierten Fällen überlebte nur einer die Operation 13 Monate. Da auch die statistischen Angaben anderer Operateure kaum bessere sind, treten Verff. mehr für physikalische Behandlungsmethoden ein. Erfolg versprechend scheint ihnen die Radiumbehandlung besonders nach Einführung der Radiumnadeln, die direkt in die Tumorsubstanz eingepflanzt werden. Um die Nadeln ganz exakt einführen zu können, wird der Prostatatumor nach vorausgeschickter Cystostomie vom Damm aus freigelegt und mit den Radiumnadeln gespickt. Die perineale Wunde wird teilweise geschlossen, die

Nadeln bleiben bis zu 8 Tagen liegen. Auch Röntgentiefenbestrahlung mit großen Dosen von vier Feldern her haben die Verff. in mehreren Fällen versucht. Der Amerikaner Herbst sticht die Radiumnadeln von der eröffneten Blase aus knapp hinter dem Ligam. interuretericum gegen das Rectum zu hin. Er geht von der Überlegung aus, daß er auf diese Weise am sichersten zwischen Tumor und zugehörige Lymphdrüsen eine Blockade legen kann, weil von der Oberfläche der Prostata aus vier paarige Lymphgefäße nach aufwärts ziehen, die in der Gegend zwischen Trigonum und Rectum einer Radiumwirkung leicht zugänglich sind. Ein kombiniert chirurgisch-physikalisches Verfahren hat Sluys angegeben. Dabei wird der Tumor zunächst mit Radium oder Röntgen vorbestrahlt, dann folgt 4 Tage später die Operation und nach 6—8 Wochen die Nachbestrahlung. Die Erfolge aller dieser Behandlungsmethoden sind recht mäßig und wenig ermutigend. Als sehr unangenehme Folgeerscheinung der verschiedenen Bestrahlungen beobachtet man öfter heftige Blasentenesmen. Man ist in solchen Fällen gezwungen, die Blase sehr lange — bis zu 1/4 Jahr — offen zu halten. Für Behandlung des Prostatacarcinoms mit Thermokoagulation treten Corbus und O'Conor ein. Ob allerdings das ziemlich komplizierte Verfahren besondere Erfolge verspricht, bleibt dahingestellt.

Angaben über ein primäres Prostatasarkom finden sich in einer Arbeit von Takagi und Moribe. Die Entfernung des Tumors gelang nur unvollkommen, der Patient starb am fünften Tage.

Über zwei Fälle von Prostatacysten berichtet Greenburg. Beide Geschwülste saßen zwischen den Ductuli ejaculatorii. Die durch die Cysten hervorgerufenen ziemlich heftigen dysurischen Schmerzattacken erklärt Verf. sich durch das Bestreben der die Cyste umgebenden Muskulatur, mittelst Kontraktionen den gelatinösen Cysteninhalt zu entleeren. Für die Unterscheidung der Cysten vom Prostataabsceß ist vor allem das Fehlen der Druckschmerzenhaftigkeit bei ersterer charakteristisch. Die Therapie hat im allgemeinen die gleiche zu sein, d. h. perineale Incision und Drainage.

Nähere Angaben über die Bakteriologie, die Infektionswege und die weitere Verbreitung der Prostataabscesse finden sich in einer Arbeit von Bettazzi aus der Chirurgischen Klinik zu Pisa. Verf. glaubt, daß die meistens als idiopathisch bezeichneten Abscesse metastatisch auf dem Blutwege entstanden sind. Als primärer Herd kommen Influenza, Pneumonie, Parotitis, Angina und Furunkulose in Betracht. In den vier vom Verf. beobachteten Fällen ging stets eine Furunkulose voraus. So lange die Entzündung der Prostata noch nicht zur Abscedierung geführt hat, erweist sich Serum und Vaccinebehandlung mitunter als wirkungsvoll.

Für Fälle mit unklaren dysurischen oder prostatischen Beschwerden wird die operative Eröffnung der Blase (de Sard) oder die Anlegung einer Cystostomie (Hryntschak) empfohlen. Rubritius rät außerdem in solchen Fällen aus der hinteren Circumferenz des Orificiums urethrae einen kleinen Keil herauszuschneiden.

Über den sehr seltenen Fall einer isolierten Prostatatuberkulose finden wir Näheres in einer Arbeit von Scott, Baltimore. Es handelte sich um einen 83jährigen Mann, der 6 Tage nach der perinealen Prostatektomie zum Exitus kam. Am Rande des Adenoms fanden sich tuberkulöse Herde. Die genau durchgeführte Sektion deckte nur die fibröse Verhärtung einer Lungenspitze und eine tuberkulöse peribronchiale Drüse auf der gleichen Seite auf; sonst war nirgends etwas von Tuberkulose nachweisbar.

Mit der Chirurgie der Samenblasen beschäftigen sich eine Fülle von Arbeiten. Die große Zahl ausländischer, besonders amerikanischer Autoren ist auffallend. Von fast allen Seiten wird betont, daß man die Bedeutung der Samenblasenentzündung noch immer nicht gebührend beachte. Im übrigen kann man zwei Lager unterscheiden; während aus dem einen zu konservativer Behandlung geraten wird, tritt man im anderen für aktives chirurgisches Vorgehen ein. Zunächst sei eine Arbeit von Delzell und

Oswald, New York erwähnt; Verff. befürworten die Sondierung der Ductus ejaculatorii durch das Urethroskop. Zur Vesiculographie verwenden sie eine 20proz. Lösung von Jodium-Jodid. Delzell beschreibt eine eigens für diese Zwecke angegebene Sonde. In der Ätiologie der Samenblasenentzündungen spielt der Gonokokkus die weitaus größte Rolle, doch werden auch eine Anzahl anderer Erreger gefunden. Außer den verschiedenen Formen der Entzündung kommen gelegentlich auch Tumoren der Samenblase vor, häufig sieht man Perivesiculitis. Als Ursache einer sekundären Samenblasenentzündung kommen Erkrankungen der Zähne, Tonsillen oder Nebenhöhlen in Betracht. Wichtig ist exakte Palpation und genaue Untersuchung des exprimierten Sekrets. Die Vesiculographie gibt oft wichtige diagnostische Fingerzeige. Das rein chirurgische Vorgehen soll immer erst nach Versagen der konservativen Behandlung angewandt werden. Absolut indiziert ist es bei Abscessen der Samenblasen, die sich mittels der Vesiculographie leicht nachweisen lassen. Für unbedingt chirurgisches Vorgehen tritt Kile ein. Er verspricht sich wegen der Lage und anatomischen Beschaffenheit der Samenblasen bei deren Erkrankung von einer konservativen Behandlung nur wenig, von chirurgischem Eingreifen alles. Jahrelang können Infektionen in den Samenblasen schlummern und dann plötzlich Metastasen in anderen Organen (Gelenke) machen. Für solche veralteten Fälle hält Kile Injektionen von Medikamenten durch das Vas deferens für äußerst wirkungsvoll. Er hat eigens hierzu eine Nadel konstruiert, welche für längere Zeit liegen bleiben kann, falls wiederholte Injektionen notwendig sind. Kidd bevorzugt für jene hartnäckigen Infektionen der Samenblasen die von Belfield inaugurierte Vasostomie, welche eine Durchwaschung der Samenblasen ermöglicht. Die Operation muß subtil und exakt ausgeführt werden. Wichtig dabei ist, daß das Vas deferens durch den Abschluß der unterliegenden Gewebe im Niveau der Haut und die Öffnung durch Einlegen eines feinen Mandrins offengehalten wird. Zur Durchwaschung wird Kollargollösung verwendet, von der 10—30 g eingespritzt werden. Nach Abschluß der Behandlung wird das Vas deferens wieder versenkt. Mit der Frage der möglichen Schädigung des Vas deferens durch Einspritzen von Antisepticis beschäftigt sich eine Arbeit von Boss jun. Er geht aus von einer Arbeit von Brams, der bei Hunden nach einer Injektion von 5proz. Kollargollösung in das Vas deferens innerhalb von 2 Wochen einen narbigen Verschluß des Schleimhautrohres gesehen hatte und daraus den Schluß zog, daß das auch beim Menschen zu erwarten sei. Auf Grund eigener Beobachtungen glaubt Boss den Analogieschluß Brams ablehnen zu können. Zur Vermeidung einer Obliteration des Samenstranges empfiehlt er ihn schief anzuschneiden und nur so weit, bis die Schleimhaut deutlich sichtbar wird. Nach der Kollargolinjektion soll im übrigen 0,5proz. physiologische Kochsalzlösung durchgespült werden. Präzise Angaben über die Indikationsstellung in der Chirurgie der Samenwege finden wir außer bei Lewin und anderen in einer Arbeit A. v. Lichtenbergs, der in seinen Ausführungen auf die einschlägige Monographie von Voelcker und die Untersuchungen von Picker besonders Bezug nimmt. Er hebt mit Recht hervor, daß heute noch „Unklarheit in der Beurteilung der therapeutischen Bestrebungen bei den Erkrankungen der Samenwege herrscht". Nach v. Lichtenberg besteht eine chirurgische Indikation a) bei akuten, lebensgefährlichen Infektionen der Samenblasen; b) in Fällen weniger heftiger Virulenz, welche zur Absceßbildung führen; c) bei Erkrankungen der Samenwege, welche dauernde Invalidität bedingen. Bezüglich der Wahl des chirurgischen Vorgehens kommt bei akuter, eitriger Samenblasenentzündung die Vesiculotomie in Frage, bei schwerer chronischer Entzündung die Vesiculektomie. Für die tuberkulöse Samenwegeerkrankung hat die Behandlung konservativ zu sein.

Picker empfiehlt die von ihm auf Grund strikter chirurgischer Indikationen ausgebaute Expression der Samenblasen, während er die früher übliche Massagebehandlung für ungenügend hält. Eine besondere Bearbeitung der hämatogenen Infektionen der Samenwege hat Belfield geliefert.

Frank berichtet über einen Fall von Syphilis der Samenblasen. Als diagnostisches Zeichen findet sich bei diesem sehr seltenen Krankheitsbild Haemospermie. Das überaus seltene Vorkommen eines primären Samenblasencarcinoms sah Oliver Lyons.

Die Entzündungen des Samenstrangs teilt man in drei Gruppen ein: 1. Akute gonorrhoische Deferentiitis und Funiculitis; 2. akute Streptokokken-Funiculitis = endemische Funiculitis; 3. akute Funiculitis unbekannten Ursprungs. Zur Behandlung der endemischen Funiculitis wird die möglichst vollständige Entfernung des Samenstranges empfohlen. Bei der dritten Gruppe wird die Entzündung auf ein Trauma, Infektionskrankheiten (Rheumatismus, Influenza), primäre Entzündung oder Eiterherde zurückgeführt. Die Erkrankung des Samenstranges ist dann als Metastase aufzufassen.

Drei eigene Beobachtungen von Samenstrangcysten veröffentlicht der Italiener Arzela. Nur eine genaue mikroskopische Untersuchung gestattet eine exakte Differentialdiagnose der einzelnen Formen von Samenstrangcysten, die der Autor einteilt: 1. in solche, die aus einem unvollständigen Verschluß des Canalis vaginoperitonealis ausgehen; 2. in solche, die ihren Ursprung dem Wolffschen Körper oder dem Müllerschen Gang verdanken; 3. in solche, die aus embryonalen Überresten des Hodens oder Nebenhodens oder aus diesen vollständig entwickelten Organen ausgehen; 4. in Dermoidcysten; 5. in Lymphcysten; 6. Bindegewebscysten; 7. Hydatidencysten. — Erwähnt sei noch eine Arbeit von Fritzler, der über drei Fälle von Samenstranglipomen berichtet und für die Genese dieser am Vas deferens am häufigsten beobachteten Geschwülste eine eigene Theorie aufstellt. Ausgedehnte experimentelle Untersuchungen am Vas deferens hat Roenick, Chicago, ausgeführt, um die Wirkungsweise antiseptischer Lösungen an dieser Stelle zu erforschen. An insgesamt 47 Hunden wurde in 91 Operationen die Wirkung verschiedener Antiseptica in höherer als in der zu therapeutischer Verwendung angegebenen Konzentration erprobt. Alle Mittel zeigten schwerste Zerstörungen bis zur völligen Obliteration.

Die zahlreichen Veröffentlichungen, die die Erfolge der Vasektomie im Sinne Steinachs behandeln, sollen weiter unten im Zusammenhang mit der Hodentransplantation besprochen werden. Über die akuten, nicht spezifischen Entzündungen von Hoden und Nebenhoden ist sehr wenig gearbeitet und wesentlich Neues kaum geboten worden. Einige Fälle von akuter Orchitis und Epididymitis, hervorgerufen durch Ba. coli werden registriert. Büsing empfiehlt für akute Epididymitis die lokale Reiztherapie. Es werden 5—10, später sogar 20—40 ccm einer Rivanollösung von 10 : 4000 um den entzündeten Nebenhoden gespritzt, wobei man sich mit der Nadel dicht an dem infiltrierten Gewebe hält, nachdem vorher Novocainlösung injiziert worden ist. Die Schmerzhaftigkeit soll danach sofort verschwinden, die Entzündungserscheinungen gehen in wenigen Tagen zurück. Das Verfahren hat sich auch bei der gonorrhoischen Epididymitis bewährt. Auch andere Methoden, wie Blutumspritzungen u. dgl. werden erwähnt. Vielfach besteht die Neigung, die alte konservative Behandlungsweise durch ein radikaleres Vorgehen zu ersetzen. Dorsey und andere empfehlen die Epididymotomie bei akuter Epididymitis als typische Operation. Dieses Verfahren ist übrigens nicht neu. Pirogoff wandte diese Operation schon 1852 zu gleichem Zweck an. Der Eingriff läßt sich leicht in örtlicher Betäubung ausführen. Die Incision eröffnet zunächst meist eine Hydrocele. Nach deren Entleerung werden Hoden und Nebenhoden inspiziert. Adhäsionen werden durchtrennt, Abscesse incidiert, evtl. wird eine Probeexcision gemacht. Häufig sind multiple Stichinzisionen nötig. Bezüglich der Sterilität sollen günstigere Ergebnisse erzielt werden als mit konservativen Maßnahmen. Über den Zusammenhang zwischen Orchitis und Trauma verbreitet sich Legueu. Auch tuberkulöse und gonorrhoische Entzündungen können als Folge eines Traumas auftreten. Der Zusammenhang ist aber nur dann zu bejahen, wenn die Krankheit sofort nach dem Trauma entstanden ist. Hodenentzündung infolge von Überanstrengung tritt äußerst selten auf und kann nur dann angenommen werden, wenn die Anstrengung eine ganz außergewöhnliche war

und die Krankheit sofort danach auftrat. Auf die mit dem Namen Martin verknüpfte Epididymovasostomie weist erneut Pugh, New York, hin. Vorbedingung für diese Operation ist eine absolute Intaktheit von Vas deferens und Samenblasen. (Injektionsprobe durch präliminare Vasotomie!) Pugh spaltet das Ende des Vas deferens in vier Stücke von 1 cm Länge und fixiert diese mit feiner Seide im Hodengewebe, meist am oberen Pol. Das Resultat soll in vielen Fällen von Sterilität gut sein. Bei Tuberkulose scheidet das Verfahren natürlich aus. Über ein merkwürdiges Krankheitsbild von spontanem Untergang des gesunden Hodens berichtet Küttner. In zwei Fällen, die er beobachten konnte, kam es nach einer einmaligen Attacke von mäßig schmerzhafter Hodenschwellung, welche nach Bettruhe rasch verschwand, zu einem langsamen Zugrundegehen des Hodens bis auf einen bohnengroßen Rest. Ätiologisch scheint ihm die Annahme eines embolischen Verschlusses der A. spermatica interna noch am wahrscheinlichsten. Eine ausführliche Zusammenstellung von Verletzungen des Hodens bringt der Italiener Franceschi. Die Erörterung der Hodentorsion spielt dabei natürlich eine große Rolle.

In der Frage der Behandlung von Hoden- und Nebenhodentuberkulose herrscht noch immer keine Einigkeit. Während von der einen Seite konservative Methoden als die besten empfohlen werden, wird an anderer Stelle so radikal wie nur möglich verfahren. Dazwischen steht die große Zahl der Autoren, die einen vermittelnden Standpunkt einnehmen. Es herrscht ein völliges Durcheinander. Ganz radikal geht die Youngsche Schule vor: Doppelseitige Kastration mit Exstirpation der Samenleiter, Samenblasen und Prostata. Für konservative Behandlung — um nur einige Beispiele zu nennen — tritt Lénárt ein. Außer anderen Maßnahmen gibt er Jod in großen Dosen; 2,0 g Jodtinktur täglich in Milch, daneben intramuskuläre Injektionen von Hotzscher Emulsion (Jodoform 9,0, Glycerin 81,0, Tct. Jodi 10% = 100,0). Ein operativer Eingriff scheint ihm nur bei starken Eiterungen und Erweichungen geboten. Eine sehr sorgfältige Bearbeitung der männlichen Genitaltuberkulose hat Sussig geliefert. Er stützt sich auf vollkommene Schnittserien von 13 Fällen mit 80000 Schnitten und kommt zu folgendem Ergebnis: Die Genitaltuberkulose stellt immer eine sekundäre Tuberkulose dar. Sie ist gewöhnlich durch Aussaat auf dem Blutwege bedingt. Die Herde entstehen perivaskulär interstitiell. Die einmal entstandene Genitaltuberkulose neigt ihrerseits wieder zur Verbreitung auf dem Blutwege, so daß jetzt wieder neue Lungenherde in Erscheinung treten können. Aus diesem Grunde tritt Sussig dafür ein, angreifbare Herde radikal auszurotten. Ihm erscheint daher auch die Resektion des Nebenhodens als „Behelfsexperiment", da man nie wissen könne, ob der Hoden nicht auch längst befallen sei.

Einige wenige Arbeiten behandeln die Syphilis von Hoden und Nebenhoden. Auf die sehr seltene primäre syphilitische Nebenhodenentzündung ohne Beteiligung des Hodens macht Rolnick aufmerksam. In seiner Arbeit findet sich auch ein Überblick über die gesamte einschlägige Literatur.

Die Bösartigkeit der Hodentumoren wird von verschiedenen Seiten erneut betont. Im klinischen Sinn kann man eigentlich fast alle Hodentumoren als bösartig bezeichnen. Die beiden Haupttypen (Embryome und Teratome) können klinisch nicht differenziert werden. Die einfache Kastration mit ihren 80% Mortalität reicht als Operationsverfahren nicht aus. Radium und Röntgenbestrahlungen unterstützen wohl die Therapie wirksam, genügen aber allein zur Behandlung keineswegs. Die erweiterte Operation (Kastration mit Ausräumung der im Verlauf von A. iliaca und Aorta hinziehenden retroperitonealen Lymphdrüsen) ist der einfachen Kastration weit überlegen. (Hinmann, Kutzmann und Gibson.) Sind Metastasen erst klinisch in die Erscheinung getreten, kann auch die erweiterte Operation den Kranken nicht mehr retten. Ryser macht darauf aufmerksam, daß sich die reinen Seminome gegenüber den anderen malignen Hodentumoren klinisch durch langsamen und deshalb gutartigen Verlauf auszeichnen. Sie werden leider häufig mit den viel bösartigeren Hodensarkomen verwechselt. Die Seminome sind auch

der Röntgenbehandlung viel besser zugänglich, weil sich die Seminomzellen als außerordentlich röntgensensibel erweisen.

Zur Pathologie des Leistenhodens sind eine Reihe interessanter Beiträge geliefert worden. Von den zahlreichen Theorien, die die Ursache des Kryptorchismus erklären sollen, befriedigt keine so recht. In der Anwendung der verschiedenen Methoden, die die operative Verlagerung des kryptorchen Hodens ins Scrotum zum Ziel haben, scheint man etwas zurückhaltender geworden zu sein. Beachtenswerte Ausführungen über Ätiologie und neuere Therapie des Kryptorchismus macht Bonem. Das Durchschneiden der Samenstranggefäße nach Bevan-Küttner hält er für unphysiologisch. Die Operation nach Polya, Trennung des Hodens vom Nebenhoden, erscheint ihm physiologisch unbedenklich. Im Tierversuch (Hund) waren nach der Polyaschen Operation Hoden, Nebenhoden und Samenstrang zu einer Geraden gestreckt. Die Hoden boten ein normales Bild; keine Störung der Spermiogenese. In den Ductus efferentes des Nebenhodens reichlich Spermien, ebenso in den Schnitten von Vas deferens.

Sehr zurückhaltend in der Behandlung der Hodenektopie zeigt sich Maiocchie. Er operiert nur bei Kombination mit Leistenbruch, ohne etwa den Hoden zu fixieren. Im Gegensatz zu anderen Autoren hat Maiocchie die Auffassung, daß der Hoden ektopisch ist, weil er noch nicht entwickelt ist, und nicht, daß er unentwickelt ist, weil er ektopisch liegt. Der Chirurg solle also alles vermeiden, was den normalen Descensus stören oder hindern könne. Noch nach dem 20. Jahre könne der Hoden deszendieren.

Besonderes Interesse verdienen die Experimente von Moore, Chicago. Wenn bei Tieren mit sehr beweglichen Hoden (Meerschweinchen, Ratte, Kaninchen u. a.) dieser in der Bauchhöhle künstlich zurückgehalten wird, so degenerieren die der Zeugung dienenden Zellen in kurzer Zeit. Bereits nach 20 Tagen werden Veränderungen festgestellt, wie wir sie am kryptorchen Hoden regelmäßig finden. Wird der Hoden in das Scrotum zurückgebracht, so erholen sich die Samenkanälchen wieder. Die Degeneration der Samenzellen nach Verlagerung des Hodens in die Bauchhöhle führt Moore auf die Temperaturunterschiede zwischen Scrotum und Abdomen zurück. Das Scrotum besitzt also für die Testikel eine thermoregulierende Funktion, die für die normale Entwicklung und Erhaltung der Spermien notwendig ist. Daß die degenerativen Prozesse mit der höheren Temperatur in der Bauchhöhle zusammenhängen, wird dadurch bewiesen, daß eine Degeneration von derselben Art wie bei Versenkung in die Bauchhöhle entsteht, wenn man den Hoden bei normaler Lage im Scrotum durch einen Verband künstlich erwärmt, resp. vor Wärmeverlust schützt.

Die größere Häufigkeit maligner Tumoren im retinierten Hoden wird zwar vielfach bestritten, scheint aber doch durch die Erfahrung bestätigt zu werden. Von diesem Gesichtspunkt ausgehend, ist die Überlegung berechtigt, ob man der Verlagerung des Hodens ins Scrotum nicht lieber die Kastration vorziehen solle. (Lund.) So wächst die Zahl derer, welche die Exstirpation des unvollkommen deszendierten Hodens wenigstens in der Zeit nach der Pubertät für die rationellste Behandlung halten.

Sehr groß ist die Literatur über die Resektion des Vas deferens nach Steinach. Durchaus überwiegend sind es russische Autoren, die dieses Gebiet bearbeitet haben und auch sie sind es vornehmlich, die am ehesten Erfolge gesehen zu haben glauben. Die Mehrzahl der anderen Chirurgen ist recht skeptisch oder verhält sich ganz ablehnend. Eine objektiv gehaltene Arbeit ist aus der Klinik Hochenegg von Steindl erschienen. Es wurden eine Reihe von Vasektomien vorgenommen, um eine Steigerung der Lebensfähigkeit carcinomatöser Kranker, resp. eine günstige Beeinflussung der Kachexie zu erreichen. Dabei zeigte sich, daß tatsächlich eine gewisse günstige Beeinflussung der Patienten zu verzeichnen war, daß diese Wirkung aber nur von kurzer Dauer blieb. In manchen Fällen dagegen wurde sehr rascher Kräfteverfall und eine ungünstige Beeinflussung des Zentralnervensystems beobachtet. In Fällen von Impotenz konnte mit Ausnahme weniger Fälle keinmal ein eindeutiger Erfolg in bezug auf Potenz und Libido

erzielt werden. Steindl lehnt auf Grund seiner Erfahrungen die Vasektomie als Operation der Wahl ab. Sehr optimistisch äußert sich der Engländer Haire, der in einer zusammenfassenden Arbeit das gesamte über das Thema „Verjüngung" in der Literatur vorliegende Material, die Tierexperimente von Steinach, Woronoff und Sand, sowie die Operationen, welche auf Grund dieser Experimente am Menschen ausgeführt worden sind, bespricht. Alle diese Operationen, meint er, können keinen Schaden stiften! Andererseits sei allen ein gewisser Erfolg zuzubilligen. Die Hodentransplantation soll immer ausgeführt werden in Fällen von doppelter Kastration. Die Hoden sollen womöglich von Menschen stammen. Es müßten alle Hoden, die wegen mangelhaften Descensus entfernt werden, sowie diejenigen von Hingerichteten und von jungen Leuten, welche Unfällen zum Opfer fallen, dafür verwendet werden. Steht kein Menschenhoden zur Verfügung, so ist der Hoden eines anthropoiden Affen der beste Ersatz. „Zur Zeit ist es noch unmöglich, festzustellen, ob diese Operationen tatsächlich das Leben verlängern, jedenfalls besteht aber nicht der mindeste Grund, anzunehmen, daß eine dieser Operationen das Leben verkürzt." Aus dem anatomischen Institut und der Chirurgischen Klinik in Zürich stammt eine Arbeit von Slotopolsky und Schinz, in der sich diese Autoren über die histologischen Ergebnisse nach den experimentell vorgenommenen Steinach-Unterbindungen äußern. Sie zeigen sich sehr skeptisch: „Der verjüngende Effekt beruht sicher nicht auf einer Neubelebung der alternden Pubertätsdrüse. Die Wirkungen sind vielmehr im wesentlichen auf die Resorption des in den ersten zwei Wochen nach der Unterbindung zerfallenden Samenepithels zurückzuführen, wodurch große Quantitäten von Substanzen ins Blut gelangen, die entweder spezifisch im Sinne einer Organotherapie oder unspezifisch im Sinne einer Proteinkörpertherapie stimulierend und umstimmend auf den Organismus wirken." Ähnlich vorsichtig äußert sich der Russe Nemiloff. Er teilt die Methoden, die zur Verjüngung dienen können, in vier Gruppen ein: 1. Die alte Brown-Séquardsche Methode mit der Injektion von Testikelbrei; 2. das Steinachsche Verfahren mit der Unterbindung des Vas deferens; 3. die Transplantation der Geschlechtsdrüsen (Woronoff); 4. die Röntgenisierung der Geschlechtsdrüsen. Auch er sah bei seinen vielen Tierversuchen nur eine gewisse „Tonisierung des Organismus"; keine eigentliche Verjüngung, nur eine Aufpeitschung. „Die letzten Vorräte werden aufgebraucht, wonach ein besonderer Kräfteverfall zu beobachten ist." Aus der großen Zahl der anderen russischen Autoren seien genannt: Wosskressenski, Gorasch, Schustroff, Smirnov und Jelansky, Rodionoff, Gerbatschewsky, die zum Teil über große Erfahrungen verfügen. Schustrov macht besonders darauf aufmerksam, daß die Hoden von Kryptorchisten nicht zur Transplantation verwendet werden dürfen, da sie verändert sind und nicht vollwertig funktionieren. Besondere experimentelle Untersuchungen an Affen über die Leydigschen Zellen, die Samenzellen und Sertolischen Zellen führte Thorek, Chicago, aus. Nach seinen Forschungen kommt den Leydigschen Zellen ausschließlich die Produktion der inneren Sekrete zu, sie sind es, die die sekundären Geschlechtscharaktere wie die sexuelle Funktion und die Erotisierung des Gehirns hervorrufen. Die Samenzellen scheinen keinen Anteil an der inneren Sekretion der Keimdrüsen zu besitzen. Die Sertolischen Zellen haben eine nutritive Funktion. Daß all den erwähnten Versuchen vom biologischen Standpunkt aus das größte Interesse entgegengebracht werden muß, wird einmütig anerkannt. Auch von kaum einer Seite bestritten ist wohl die Tatsache, daß der sogenannte „Steinach-Effekt" nicht auf einer Regeneration, sondern auf einer Degeneration des Hodens beruht. Es ist eben nicht mehr als eine der wirksamsten Formen der Organtherapie mit Hodenextrakten.

Über Hydrocele ist wenig geschrieben. Die Franzosen Valberg-Bavot und Salès behandeln die Hydrocele der Säuglinge und ihre Beziehungen zur Syphilis heriditaria. Sie unterscheiden drei Formen der Hydrocele: 1. Die Form der genitalen Krise des Neugeborenen, bedingt durch eine „Pubertät en miniature"; 2. die kongenitale Form, die durch eine Mißbildung des Canalis peritoneo-vaginalis bedingt ist; 3. die Form, welche

meist auf syphilitischer Basis beruht; sie ist gewöhnlich sehr groß. Der Italiener Morone hat die von Jeanbrau und Lisbonne angegebene Chloroformprobe in 52 Fällen von verschiedenen Formen von Hydrocele angewandt und gefunden, daß dieselbe bei essentieller Hydrocele im allgemeinen negativ ausfällt, was von großem diagnostischen Wert sein soll. Bei den sekundären Formen von Hydrocele (Tbc., Granuloma, Tumoren) fiel die Probe immer positiv aus. Auf die tuberkulöse Natur gewisser essentieller Hydrocelen fahndete Cartier. Die Hydrocelenflüssigkeit von 54 Fällen wurde untersucht. Zehnmal gelang der direkte Nachweis der Tuberkelbacillen. Der Tierversuch war unter 15 Fällen siebenmal positiv. Nur in einem Falle gelang es, Tuberkelbacillen auch in der Wand der Hydrocele nachzuweisen. Die alte Anschauung, daß die großen Hydrocelen nie Bacillen beherbergen, konnte nicht bestätigt werden. Die Komplikation der Hämatombildung bei Hydrocelenoperationen bespricht Saleras. Um diese unangenehme Störung der Wundheilung zu verhüten, drainiert er die Wundhöhle von vornherein nach oben und unten mit Gaze, die nach 3 Tagen entfernt wird. Dann erst erfolgt Verschluß der offen gebliebenen Wunden, die daraufhin per primam heilen sollen.

Zur Chirurgie des Scrotums sind einige Arbeiten über Elephantiasis geliefert worden, die nur kasuistisches Interesse haben und nichts Besonderes bieten.

Was die Behandlung der Varicocelen anlangt, so scheinen sich die Anhänger der konservativen Methoden zu mehren (Küttner, Liek, Prima). Man scheut einen operativen Eingriff, weil man die eigentliche Ätiologie des Leidens nicht kennt. Die Therapie soll eine allgemein roborierende sein, wodurch der pathologische Zustand wieder latent wird. Über eine ziemlich komplizierte Methode, die eine Modifikation der Varicocelenoperation nach Zoege-Manteuffel darstellt, berichtet Hilse. In elf Fällen erzielte er bei jungen, kräftigen Patienten mit diesem Verfahren vollständige Beschwerdefreiheit.

Aus dem Gebiet der Penischirurgie sei zunächst eine Arbeit von Brack erwähnt, der anatomische Untersuchungen speziell über Wachstum und Alterserscheinungen des Penis angestellt hat. Es wurden eingehende Untersuchungen an 50 Gliedern vorgenommen. Die kindliche Phimose soll man nach Ochsenius von $^3/_4$ Jahren an mit manueller Dehnung zu behandeln anfangen. Gelingt das unblutige Verfahren, was nur selten vorkommt, nicht, so soll man im 2. Lebensjahr die Circumcision machen. Auch Laumann tritt dafür ein, die Circumcision so viel als möglich zu vermeiden, besonders, so lange die Kinder noch in Windeln liegen. Sievers macht einen Vorschlag zur kosmetischen Verbesserung der Phimosenoperation, der uns wenig bedeutungsvoll scheint. Interessante Mitteilungen über Priapismus bei Leukämie finden sich in einer französischen Arbeit. Der Priapismus soll häufig das Initialsymptom einer Leukämie sein. In der Regel handelt es sich um Thrombosen in den Corpora cavernosa, resp. um Pseudothrombosen, d. h. Leukocytenstasen, wie sie bei der Leukämie beschrieben worden sind.

Die Induratio penis plastica soll viel häufiger sein, als man glaubt, weil viele Patienten ihr Leiden, das ihnen keine Schmerzen oder sonstigen Beschwerden macht, verheimlichen. Oeconomos sah diese Erkrankung an der Poliklinik zu Athen unter 19000 urologischen Patienten (1915—1925) 16mal. Vier von diesen Patienten heilte er durch Operation, die übrigen wurden unblutig behandelt, was aber ohne Wirkung blieb. Bezüglich der Pathogenese neigt Oeconomos dazu, eine Knochenmetaplasie von narbigem Gewebe anzunehmen. Von anderer Seite (Rajka) wird hervorgehoben, daß wohl die Auffassung Martensteins zu Recht besteht, wonach zwischen Induratio penis, Dupuytrenscher Contractur und sklerosierenden Fascienerkrankungen ein Zusammenhang besteht.

Schließlich seien noch einige kasuistische Beiträge über kongenitale Urethralstriktur (Burrel) und über Fractura penis (Malis) erwähnt.

Auch einige Arbeiten über Peniscarcinom sowie ein Beitrag über primäres Sarkom des Penis (Joelson) sind zu nennen. Joelson fand in der sorgfältig durch-

gesehenen Literatur nur 35 Fälle von Sarkom und Endotheliom des Penis. Am bösartigsten waren die Endotheliome, während die Spindelzellen- und gemischtzelligen Sarkome verhältnismäßig wenig maligne waren.

Allgemeines.

Chirurgie, Die —. Eine zusammenfassende Darstellung der allgemeinen und der speziellen Chirurgie. Hrsg. v. M. Kirschner u. O. Nordmann. Liefg. 5, Bd. 6. — Frangenheim, P., und E. Wehner, Die Chirurgie der Niere, des Nierenbeckens und des Harnleiters. — Wehner, E., Die Chirurgie der Harnröhre. — Wehner, E., Die Chirurgie des Penis und Scrotums. — Wehner, E., Die Chirurgie des Hodens, Nebenhodens, Samenstranges und der Scheidenhäute. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. S. 229—750. 4 Taf. RM. 27.—.) **33, 602.**

Fujita, K., Der Einfluß der Unterbindung der Samenwege auf die Lebensdauer der Spermatozoen. (Acta dermatol. Bd. **6**, H. 4, S. 527—530.) (Japanisch.) **34, 545.**

Heinburg, Emil, Eine einfache Befestigungsart des Verweilkatheters. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 291 bis 292.) **32, 907.**

Kornitzer, Ernst, und Anton Lieben, Experimentelle Untersuchungen über innensekretorische Beziehungen zwischen Hoden und Prostata. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 202—205.) **33, 488.**

Mobley, Charles A., New method of drainage, following supra pubic prostatectomy. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 12, S. 707—709.) **36, 149.**

Moorhead, S. W., Anesthesia for minor urological operations. (Hosp., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 557—569.) **35, 680.**

Ochsner, Albert J., The surgical treatment of habitual criminals, imbeciles, perverts, paupers, morons, epileptics and degenerates. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 3, S. 321 bis 325.) **34, 858.**

Reiprich, Waldemar, Schwangerschaftsreaktion fetaler Testikel. (Univ.-Frauenklin., Breslau.) (Arch. f. Frauenk. u. Konstitutionsforsch. Bd. **11**, H. 4/5, S. 349 bis 363.) **34, 545.**

Slotopolsky, Benno, Sexualchirurgie. (Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. **12**, H. 4, S. 105 bis 117 u. H. 5, S. 143—157.) **33, 759.**

Voelcker und Ledderhose, Chirurgische Erkrankungen und Verletzungen der Harnorgane. — Pels Leusden, Chirurgische Erkrankungen und Verletzungen der männlichen Geschlechtsorgane. (Diagnostische und therapeutische Irrtümer und deren Verhütung. Chirurgie. Hrsg. v. J. Schwalbe. H. 10.) (Leipzig: Georg Thieme 1925. 136 S. RM. 5.70.) **33, 548.**

Anatomie, Physiologie und Pathologie der Prostata.

Hirt, Willi, Die nervöse Versorgung der Prostata. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 220—221.) **33, 918.**

Hock, Alfred, Über einen Fall von „versprengter" Prostata. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 222—225.) **35, 339.**

Hunt, H. Lyons, New theory of the function of the prostate deduced from gland transplantation in physicians. (New York polyclin. hosp. a. Midtown hosp., New York.) (Endocrinology Bd. **9**, Nr. **6**, S. 479—489.) *

Orth, Oskar, Die Prostata und ihre klinische Bedeutung. (Landeskrankenanst., Homburg [Saar].) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 8, S. 305—308.) *

Szabó, Elemér, Untersuchungen an dem Epithel der Prostata-Ausführungsgänge mit spezieller Hinsicht auf das Benehmen der Basalzellen. (Magyar orvosi arch. Bd. **26**, Nr. 3, S. 248—252.) (Ungarisch.) *

Prostataabsceß.

Baker, Theodore, Prostatitis of nonvenereal origin. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 21, S. 1606—1608 u. S. 1611—1612.) **35, 654.**

Belostozky, M., 70 Fälle akuter eitriger Prostatitis. (Abt. f. männl. Gonnorhöe, staatl. venerol. Inst., Moskau.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 1/2, S. 53—60.) **32, 51.**

Chopra, S. L., A case of malarial prostatitis with reflex retention of urine. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 12, S. 582.) *

Herman, Leon, and Jay Carp, Prostatic abscess. (Urol. clin., Pennsylvania a. methodist-episcopal hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 6, S. 1115 bis 1132 u. S. 1205—1206.) **33, 553.**

Holloway, Jackson K., and William H. von Lackum, Chronic prostatitis with special reference to its focal aspects. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 1, S. 23 bis 27 u. Nr. 2, S. 64—67.) *
Pulido Martin, und Larregla, Durch Pneumokokken erzeugter Absceß der Prostata (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3738, S. 101—103.) (Spanisch.) *
Smith, Henry, Acute inflammation of the prostate. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 10, S. 455.) *
Wolbarst, Abr. L., Colon bacillus infection of the prostate and seminal vesicles. (Jewish mem. hosp. a. Beth Israel hosp., New York.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 12, S. 471—475.) 36, 59.

Prostatahypertrophie, ihre Behandlung, insbesondere mit Prostatektomie.

André, P., Les prostatiques qu'il faut sonder et ceux qu'il ne faut pas sonder. (Hôpital Jg. 13, Nr. 153, S. 593—594.) *
Beer, Edwin, Demonstration of Dr. Beer's suprapubic drainage cup. (Mt. Sinai hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 1, S. 110—112.) 37, 719.
Bircher, Eugène, Le forage de la prostate de Luys. (Clinique Jg. 20, Nr. 49, S. 283 bis 285.) 34, 113.
Blanc, H., La pyurie chez les prostatiques. (Serv. civiale, hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol Bd. 19, Nr. 6, S. 506—512.) 34, 268.
Blatt, Paul, Über die Bezeichnung der Prostatahypertrophie zu konstitutionellen Typen. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 287—289.) *
Blaustein, Nathan, A comparison of the renal function before and after prostatectomy. With an investigation of the concomitant infection of the gland and the genitourinary tract in twenty cases of suprapubic prostatectomy for senile hypertrophy of the gland. (Med journ. a. record Bd. 121, Nr. 12, S. 738—743.) 33, 550.
Bloch, Arthur, Über Zufälle und Heilungsstörungen nach der subrapubischen Prostatektomie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 208—214.) 33, 488.
Boross, Ernö, Indikationstechnik vor und nach Behandlung der ein- und zweizeitigen Prostatectomia suprapubica. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 34, S. 775—777.) (Ungar.) *
Brown, G. van Amber, Reduction of the risk element in prostatectomy. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 4, S. 200—203.) 33, 552.
Brown, G. van Amber, Pre-operative treatment in prostatectomy. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. 24, Nr. 12, S. 669—671.) *
Bryan, Robert C., The laboratory side of prostatic hypertrophy. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 6, S. 219—221.) 33, 549.
Bugbee, Henry G., Suprapubic drainage preliminary to the punch operation in selected cases. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 549—552.) 35, 655.
Burk, W., Zur idealen Prostatektomie. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 3, S. 114 bis 116.) 32, 155.
Butler d'Ormond, R. de, Comment prévenir les dangers de la prostatectomie sus-pubienne. L'hémorragie post-opératoire. (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 40, S. 1072.) 34, 188.
Butler d'Ormond, R. de, A propos de la prostatectomie (sus-publienne ou périnéale? Anesthésie? Tamponnement?). (Clin. chir., école de méd., Paris.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 104, S. 1693.) *
Casper, L., Was muß der praktische Arzt von der Behandlung der Prostatahypertrophie (Pr. H.) wissen? (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 11, S. 511—515.) *
Casper, L., Die Behandlung der Prostata-Hypertrophie (Pr. H.). (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 17, S. 573—576.) *
David, M. D., Salient points on suprapubic prostatectomy at one sitting. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 11, S. 511—513.) *
Delore, X., J. de Rougemont et J. Creyssel, De l'utilité de la voie combinée hypogastrique et périnéale dans certaines prostatectomies difficiles. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 5, S. 398—401.) 33, 553.
Dodson, Austin I., The value of blood transfusion in surgery of the prostate. (St. Elizabeth's hosp., Richmond.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 6, S. 974—977.) 36, 150.
Eisendrath, Daniel N., How can we lower the mortality of prostatectomy and improve the end results? (Journ. of the Indiana state med. assoc. Bd. 18, Nr. 8, S. 281 bis 283.) *
Eskelund, Viggo, Einige Nierenfunktionsproben bei Prostatahypertrophie. (5. afd., Kommunehosp., København.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 35, S. 827—840 u. Nr. 36, S. 841—849.) (Dänisch.) 35, 632.

Fischer, Hermann, Zur Blutstillung bei der suprapubischen Prostatektomie. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 17, S. 917—922.) **33**, 551.
Folsom, A. I., Hemorrhage hazard in prostatectomy. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 1, S. 45—48.) **32**, 794.
Fronstein, R., Indikationen zur Prostatektomie. (Festschr. f. Prof. Mysch, S. 335 bis 336.) (Russisch.) **38**, 392.
Funfack, Max, Über die sogenannte Prostatahypertrophie und ihre operative Behandlung. Erfahrung an 185 Fällen. (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Dermatol. Wochenschr. Bd. **81**, Nr. 36, S. 1299—1306.) **34**, 187.
Gamble, P. G., Treatment of prostatic hypertrophy. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. **77**, Nr. 7, S. 286—288.) *
Gayet, C., De l'occlusion intestinale chez les prostatectomisés. (Lyon méd. Bd. **136**, Nr. **43**, S. 483—486.) **33**, 760.
Gayet, G., et R. Peycelon, La pyélonéphrite chez les prostatectomisés. (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 5, S. 371—381.) **36**, 149.
Grunert, E., Eine neue Methode für die Behandlung gewisser Formen der sogenannten Prostatahypertrophie ohne Entfernung der Drüse. (Chir. Privatklin. v. Prof. Grunert, Dresden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 31, S. 1698—1700.) **34**, 188.
Hagemann, Richard, Die Diagnose und Behandlung der Prostatahypertrophie. (Chir. Univ.-Klin., Würzburg.) (Würzburger Abh. a. d. Gesamtgeb. d. Med., neue Folge, Bd. **2**, H. 12, S. 255—267. RM. 0.75.) **33**, 919.
Hall, John E., Some pre-operative factors influencing the mortality of prostatectomy. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 7, S. 384—387.) **34**, 188.
Hatch, Floyd F., The surgical treatment of the obstructing prostate. (Inter-mountain clin., Salt Lake.) (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 3, S. 316—320.) *
Herman, Leon, Suprapubic prostatectomy in bad surgical risks. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 10, S. 657—664.) **33**, 489.
Hryntschak, Th., Irrtümer in Diagnose und Therapie der Prostatahypertrophie. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 20, S. 525—529.) **33**, 550.
Hume, J. Basil, The technique of suprapubic prostatectomy. (Clin., prof. Hugh Cabot, univ. of Michigan, Ann Arbor.) (Lancet Bd. **208**, Nr. 19, S. 963—965.) **33**, 552.
Jacobovici und E. Ţeposu, Betrachtungen über die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 7, S. 609—651.) (Rumänisch.) **34**, 267.
Illyés, Géza v., Über einzelne Fragen zur Therapie der Prostatahypertrophie. (Urol. Klin., Univ. Budapest.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 3/4, S. 229—242.) **31**, 773.
Illyés, Géza, Über einzelne Streitfragen bei der Behandlung der Prostata-Hypertrophie. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, H. 14, S. 297—301.) (Ungarisch.) *
Judin, M., Beitrag zur funktionellen Nierenprüfung bei Prostatahypertrophie. (Chir. Klin., Univ. Bern.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 10, S. 201 bis 206.) **32**, 532.
Lazarus, Joseph A., Persistent pyuria following prostatectomy. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 8, S. 190—192.) **34**, 189.
Legueu, Le mécanisme des rétentions dans l'appareil urinaire. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 8, S. 116—118.) *
Lindboe, E. Fr., Prostatektomie. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. **86**, Nr. 6, S. 534—536.) (Norwegisch.) *
Lloyd, Vernon E., A clinical study of polypi of the prostatic urethra and their relation to chronic prostatitis, with a report of thirteen cases. (Guy's hosp. report Bd. **75**, Nr. 2, S. 234—248.) **33**, 550.
Lowsley, Oswald Swinney, Enlargement of the prostate (two-stage perineal prostatectomy). (New York hosp., New York.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 1, S. 281—285 u. 288—292.) **32**, 680.
Lowsley, Oswald Swinney, and H. Earl Rogers, Inhalation versus regional anesthesia for prostatectomy. (Dep. of urol., New York hosp., New York.) (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 20, S. 893—901.) **34**, 56.
Maraini, B., und J. N. Dante, Komplette Harnretention bei einem Kranken mit einem 90 cg schweren Prostataadenom. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 7, S. 179—185.) (Spanisch.) *
Martín Luque, T., Spätblutungen nach Prostatektomie. (Siglo méd. Bd. **76**, Nr. 3759, S. 634—635.) (Spanisch.) **36**, 149.
Masotti, Piero, Contributo clinico alla cura chirurgica transvescicale dell'ipertrofia prostatica. Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 14, S. 327—329.) **33**, 552.
Millul, Giorgio, Su di un esito non comune dell'operazione di Freyer. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **44**, Nr. 47, S. 1108—1110.) **36**, 59.

Mollá Rodrigo, Rafael, Faktoren der operativen Prognose bei Prostatektomie. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. **27**, Nr. 320, S. 393—411.) (Spanisch.) *

Mursell, H. Temple, Results of one hundred and fourty-three consecutive cases of subrapubic prostatectomy. (South African med. record Bd. **28**, Nr. 18, S. 404 bis 408; Med. journ. of South Africa Bd. **21**, Nr. 2, S. 40—44.) **35**, 655.

Olivecrona, Herbert, Über sogenannte Urämie nach Prostatektomie. (Chir. Univ.-Klin., Serafimerlaz., Stockholm.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 471 bis 487.) **31**, 405.

Oppenheimer, Rudolf, Über Vermeidung von Komplikationen nach suprapubischer Prostatektomie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 215—219.) **33**, 183.

Pasteau, O., Prostatectomies différées et prostatectomies d'urgence. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 31, S. 124—127.) *

Pedersen, Victor Cox, Electrotherapy applied to the prostate. (Med. times Bd. **53**, Nr. 10, S. 237—241 u. 262.) *

Perrier, Charles, Réflexions sur la prostatectomie en deux temps. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 8, S. 500—502.) **33**, 553.

Pfister, Edwin, Geographische Bemerkungen über die Prostata-Hypertrophie. (Zeitschrift f. Urol. Bd. **19**, H. 4, S. 278—283.) **32**, 309.

Pirondini, Eugenio, Contributo allo studio delle cosidette „barre" del collo vescicale. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 31—34.) **34**, 186.

Player, Lionel P., The prostate and its influence on low-back pain. (Dep. of urol., univ. of California, Berkeley.) (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 8, S. 993—999.) *

Rathbun, N. P., Seminal vesiculitis as a complication of prostatism and prostatectomy. (Urol. serv., Brooklyn hosp.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 214 bis 217.) **32**, 548.

Ratner, Zur Blutstillung bei der suprapubischen Prostatektomie. (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 1/2, S. 101—102.) **31**, 632.

Razzaboni, Giovanni, Le complicazioni prostatiche consecutive agli interventi semplici sul retto. (Parma: Tip. già coop. Parmense 1925. 14 S.) *

Reischauer, Fritz, Die Entstehung der sogenannten Prostatahypertrophie. (Allg. Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **256**, H. 2, S. 357—389.) **33**, 549.

Reök, Iván, Ohne Operation geheilter Fall von Prostatahypertrophie. Neuschluß einer großen Bruchpforte mit dem Bruchsack. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 46, S. 1114 bis 1115.) (Ungarisch.) *

Rihmer, Béla, Indikationen der ein- und zweizeitigen Prostatektomie. (Gyógyászat Jg. **65**, Nr. 19, S. 438—439.) (Ungarisch.) **33**, 553.

Roe, A. Stanley, Conditions of the prostate, not including the malignant and venereal. (Med. journ. of Australia Bd. **2**, Nr. 6, S. 155—157.) **34**. 265.

Rubritius, Hans, Zur Technik der Prostataektomie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 206—207.) **33**, 184.

Salomon, A., Zur Kenntnis der Nierenfunktion bei Blasenstauung, speziell bei Prostatahypertrophie. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 9, S. 348—350 u. Nr. 10, S. 394—397.) **32**, 678.

Salvini, P., Résultats immédiats et éloignés de la prostatectomie sus-pubienne chez 180 malades opérés de 1921 au 30 juin 1924. (Serv. civiale, hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 2, S. 103—124.) **34**, 113.

Schoonover, Frank S., Prostatectomy: The control of hemorrhage. (Harris clin., Fort Worth, Texas.) (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 1, S. 57—58.) **34**, 189.

Schoonover, Frank S., Prostatic deaths. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 8. S. 607 bis 616.) **35**. 656.

Springer, H. A., The closed and open method in suprapubic prostatectomy: A case report. (Ohio state med. journ. **21**, S. 918.) **35**, 654.

Stellwagen, Thomas C., Some unsuccessful prostatectomies. (Atlantic med. journ. Bd. **28**, Nr. 10, S. 652—657 u. 663—664.) **33**, 488.

Stern, Maximilian, New electrodes for the application of diathermy to the prostate. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 5, S. 545—549. **33**, 512.

Stirling, W. C., Early surgical intervention in prostatic hypertrophy. (Virginia med. monthly **52**, S. 362.) **34**, 734.

Stutzin, J. J., Die Vasoligatur bei Prostatikern. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 51, S. 2124—2125.) **34**. 544.

Surraco, Luis A., Considérations sur le prostatisme et la prostatectomie. Le problème de la fermeture urétrale. (Clin. urin., fac. de méd., univ., Montevideo.) (Journ. d'urol. Bd. **20**, Nr. 4, S. 273—300.) **34**, 543.

Syms, Parker, Prostatectomy. Emphasizing the present day factors of safety. (New York state journ. of med. Bd. 25, Nr. 20, S. 889—893.) 34, 188.
Szöllös, Henrik, Über Prostatahypertrophie. (Therapia [Bratislava] Jg. 4, H. 8, S. 4—7.) (Tschechisch.) *
Walker, Kenneth M., Per-urethral operations for prostatic obstruction. (Roy. Northern hosp. a. Miller gen. hosp., London.) (Brit. med. journ. Nr. 3344, S. 201 bis 204.) 32, 680.
Wesson, Miley B., The prostatic median bar, complications and treatment. (California a. Western med. Bd. 25, Nr. 6, S. 720—727.) 34, 267.
Willius, Fredrick A., The heart in prostatic hypertrophy. (Sect. on cardiol., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 3, S. 337—342.) 32, 793.
Wischnewsky, A. W., Ein neues Verfahren der Lokalanästhesie bei suprapubischer Prostatektomie. (Chir. Hosp.-Klin., Staatsuniv., Kasan.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 31, S. 1701—1702). 34, 216.
Wulff, Ove, Behandlung der Prostatahypertrophie. (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 17, S. 403—406.) (Dänisch.) *

Prostatatuberkulose und -syphilis.

Heimann, Fritz, Tuberkulose des Genitalapparates. (Ber. über d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. sowie deren Grenzgeb. Bd. 7, H. 112, S. 1—17.) *
Keyes, Edward L., A case of prostatic tuberculosis without discoverable lesions in kidneys or epididymes. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 4, S. 385—388.) *
Kielkiewicz, Jan, Die chirurgische Behandlung der Genital-Tuberkulose des Mannes. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 13, S. 287—288.) (Polnisch.) 32, 731.
Marion, G., Du traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 6, S. 524—528.) 34, 191.
Rom, F. de, Über die Tuberkulose des Urogenital-Systems. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 30, S. 473—481.) (Flämisch.) *
Salleras, Juan, Ein Fall von Lues der Prostata. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 34, S. 450 bis 457.) (Spanisch.) *
Sussig, L., Einiges über die Genese der männlichen Genitaltuberkulose. (Sanat. „Villa San Giusto" u. Stadtkrankenh., Görz.) (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 6, S. 10—20.) 36, 150.

Prostatasteine.

Balice, Gaetano, Calcolosi prostatica. (Contributo clinico.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 39, S. 917—918.) 34, 189.
Castaño, Enrique, Steinbildung in der Prostata. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 4, S. 92—100.) (Spanisch.) 35, 656.
Gioja, Edoardo, Sulla calcolosi prostatica. (Istit. di clin. chir. e med. operat., univ., Pavia.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 4, S. 299—320.) 33, 554.
Judd, E. Starr, Bennett R. Parker and Harry D. Morse, Urinary and prostatic calculi. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 655—672.) 34, 185.

Prostatageschwülste.

Blanc, H., Cancer de la prostate à forme pseudo-kystique. (Serv. civiale, hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 6, S. 521—523.) 34, 190.
Castiglioni, Giovanni, Metastasi ossee multiple da carcinoma prostatico e sindrome di Paget. (Ist. di patol. chir., univ., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. 14, H. 5, S. 283—285.) *
Culver, Harry, Sarcoma of the prostate. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 1, S. 47—55 u. Nr. 3, S. 301—309.) 34, 114.
Dmitriew, I. P., Zur Kasuistik der Ureterentransplantation bei Harnblasen- und Prostatacarcinom. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 1/2, S. 139—140.) (Russisch.) 35, 56.
Ferria, L., La diagnosi precoce del cancro del rene, della vescica e della prostata. (Sez. urol., osp. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis, S. 59—64.) *
Gayet, G., et R. Peycelon, Contribution à l'étude du traitement du cancer de la prostate. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 9, S. 759—781.) 36, 60.
Keyes, Edward L., Cases of retention of urine due to posterior urethral valve and cyst of prostate. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 5, S. 553—556.) *

Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) 33, 195.
Krompecher, E., Über Basalzellenhyperplasien und Basalzellenkrebse der Prostata. (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 284—293.) 34, 189.
Rubasev, S. M., Über die Geschwülste der männlichen Geschlechtsorgane: Fibrome und Fibromyome im Hodensack. (Minsk.) (Novy chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 407—416.) (Russisch.) *
Walthard, Bernhard, Über das Cancroid der Prostata. (Pathol.-anat. Inst., Univ. Zürich.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 10, S. 209—212.) 32, 681.
Watson, Ernest M., und Charles C. Herger, A technique for handling prostatic carcinoma. (Dep. of urol., New York state inst. f. the study af malignant dis., Buffalo.) (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 3, S. 343—354 u. 365—375.) 32, 548.
Wesson, Miley B., Cysts of the prostate and urethra. (Journ. of urol. Bd. 13, Nr. 6, S. 605—632.) 35, 657.

Anatomie und Physiologie des Hodens und Nebenhodens. Steinachsche Operation.

Battaglia, Filippo, Ricerche istologiche ed istochimiche sul testicolo dei selaci con speciale riguardo alle cellule interstiziali. Considerazioni generali sul metabolismo intermediario del testicolo. (Istit. di patol. gen., univ., Messina.) (Riv. di biol. Bd. 7, H. 3, S. 283—296.) *
Benjamin, Harry, Neue klinische Ergebnisse der Vasoligatur nach Steinach. Bericht über 114 Fälle. (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 58—83.) 35, 660.
Benjamin, Harry, New clinical aspects of the Steinach operation. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 8, S. 452—457, Nr. 9, S. 515—518 u. Nr. 10, S. 592—594.) *
Bruni, Champy, Gley, Lugaro, Thorek e Voronoff, La funzione endocrina delle ghiandole sessuali. (Milano: Istit. sieroterap. 1925. 243 S. L. 25.—.) 38, 64.
Dartigues, L., Le mouvement scientifique mondial des greffes testiculaires. (Evolution méd.-chir. Jg. 6, Nr. 2, S. 54—62.) 32, 907.
Dmitrijew, Zur Frage der Operation nach Steinach und der Hodentransplantation. (Chir. Abt., Gouvernementkrankenh., Archangelsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 21, S. 1130—1131.) 32, 546.
Doppler, Karl, Über den Effekt der chemischen Sympathicusausschaltung der Hodenarterien. (Krankenh. d. Kaufmannschaft u. physiol. Inst., tierärztl. Hochsch., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 50, S. 1327—1330.) 36, 60.
Fedorowič, M. M., und A. F. Kayser, Über die Steinach-Lichtensternsche Operation. (Turkestanskij medicinskij žurnal Bd. 4, Nr. 9, S. 544—549.) (Russisch.) 35, 338.
Godard, Henri, Les greffes testiculaires. Travaux récents. Résultats. (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 6, S. 431—454.) 36, 151.
Hagner, Francis R., Sterility in the male, with remarks on operative experience. (Ann. of clin. med. Bd. 4, Nr. 4, S. 350—353.) 35, 660.
Hoskins, R. G., Studies on vigor. IV. The effect of testicle grafts on spontaneous activity. (Laborat. of physiol., Ohio state univ., Columbus.) (Endocrinology Bd. 9, Nr. 4, S. 277—296.) *
Ito, S., Über den Einfluß der Kastration auf den Fettstoffwechsel. (Dermatol. Inst., Univ., Kyoto.) (Acta dermatol. Bd. 6, H. 1, S. 111.) *
Krause, Wilhelm, Quantitative Untersuchungen über experimentellen Hermaphroditismus.) (Physiol. Inst., Univ. Dorpat, Vorstand Prof. Lipschütz.) (Dissertation: Dorpat 1925.) 31, 772.
Leotta, N., Trapianto testicolare interumano. (Istit. di clin. chir., univ., Bari.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 12, S. 617—632.) 35, 660.
Levin, I., Partielle Kastration nach Razumowski. (Milit.-Laz., Ekaterinburg.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 11, S. 1160—1163.) (Russisch.) 36, 761.
Loeper, M., R. Turpin et Zigine, Influence de la castration testiculaire totale sur le teneur en potassium des tissus et des greffes épithéliales de la souris. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. 14, Nr. 6, S. 322—327.) *
Lohmüller, Wilhelm, Die Übergangsstellen der gewundenen in die „geraden" Hodenkanälchen beim Menschen. (Pathol. Inst., Krankenh. München-Schwabing.) (Zeitschr. f. mikroskop.-anat. Forsch. Bd. 3, H. 2, S. 147—178.) *
Malachov, A., Zur Frage der Paraffinoplastik der Genitalia externa bei Männern. (Propädeut. Chir. Klin., med. Hochsch. Charkov, Prof. Przewaljskij.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 18, S. 1282—1283.) (Russisch.) 36, 63.

Mannelli, Matteo, L'importanza della terapia endocrina sull'attecchimento die trapianti genitali. (Istit. di anatom. ed istol., patol., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med. chir. Jg. 1925, Nr. 15, S. 236—239 u. Nr. 16, S. 252—258.) *

Marestan, Jan, L'educazione sessuale: Anatomia, fisiologia e preservazione degli organi genitali. (Firenze: G. Ciolli 1925. 249 S. L. 6.—.) *

Meschtschaninoff, A. I., Beiträge zur Steinachschen Operation. (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 228—236. 1925.) (Russisch.) **82**, 546.

Mestchaninov, A., Beiträge zur Frage über die Steinachsche Operation. (Verhandl. d. 2. Chir.-Kongr. d. Gouvernements Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 60—64. Jekaterinoslaw 1925.) (Russisch.) **84**, 612.

Nukariya, Seiichi, Keimdrüse und Hypophyse. (Vorl. Mitt.) (Physiol. Inst., dtsch. Univ., Prag.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 27, S. 1307—1308.) **88**, 650.

Popow, W. J., Zur Frage über das Geschlechtshormon von Manoilow bei einigen endokrinen Erkrankungen. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 50, S. 2139—2141.) **86**, 760.

Schinz, Hans R., und Benno Slotopolsky, Grundsätzliches zur Steinach-Operation. (Chir. Univ.-Klin., Zürich.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 13, S. 518 bis 520 u. Nr. 14, S. 557—559.) **86**, 150.

Schustrov, N., S. Karpov und I. Tichomirov, Versuche bezüglich des Überlebens und der Transplantation der Geschlechtsdrüsen. (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 183—184.) (Russisch.) **88**, 920.

Schweizer, R., Eine neue Hypothese über die Bedeutung der Zwischenzellen des Testis. (Kranken- u. Diakonissenanst., Neumünster-Zürich.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 29, S. 665—670.) **88**, 489.

Širokogorov, I. I., Kritik der Theorie Steinachs auf Grund eines Falles von Entwicklung weiblicher Geschlechtsmerkmale bei Hypertrophie der interstitiellen (Pubertäts-) Drüse. (Pathol.-anat. Inst., Azerbeidžanschen Univ. Bakù.) (Žurnal teoretičeskoi i praktičeskoi mediziny Bd. 1, Nr. 1/2, S. 1—17.) (Russisch.) **87**, 210.

Slotopolsky, Benno, und Hans R. Schinz, Histologisches zur Steinach-Unterbindung. (Anat. Inst. u. chir. Klin., Univ. Zürich.) (Jahrb. f. Morphol. u. mikroskop. Anat., Abt. 2: Zeitschr. f. mikroskop.-anat. Forsch. Bd. 2, H. 2, S. 225—253.) **82**, 906.

Smirnov, A., und N. Jelanskij, Die Transplantation des Hodens. (Chir. Klin., Prof. Fedoroff, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3. bis 8. V. 1924, S. 184—188. 1925.) (Russisch.) **88**, 921.

Steindl, Hans, Transplantation der männlichen Keimdrüse. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 88, H. 42, Sonderbeil. 1—24.) **84**, 858.

Suchov, W. N., Zur Steinachschen Operation. (Leningradski medicinskij žurnal Nr. 1, S. 24—28.) (Russisch.) *

Tattoni, Armando, Sulle alterazioni isto-patologiche del testicolo in seguito a resezione del deferente. (Ricerche sperim.) (Istit. di patol. spec. chir. e di clin. chir. propedeut., univ., Napoli e istit. di patol. spec. med., univ., Bologna.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 28, Nr. 23, S. 365—369 u. Nr. 24, S. 381—386.) **85**, 660.

Voronoff, Serge, La greffe humaine un nouveau facteur appelé à augmenter le capital de vie. (Coll. d'études économ. méd. et soc. Petite encyclopédie de la vie soc. Publiée de Aug. Hermann. H. 31.) (Strasbourg: „La vie soc. en France et dans ses colonies" 1925. 12 S. RM. 1.75.) **84**, 190.

Waldorp, Carlos P., Virilismus und Hämodystrophie Typus Geisböck. (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 13, S. 607—616.) (Spanisch.) *

Walker, Kenneth M., Rejuvenation: The endocrine therapy of the testis. (Practitioner Bd. 115, Nr. 1, S. 84—90.) **87**, 210.

Hodenektopie, Kryptorchismus und andere Mißbildungen.

Bernhard, Friedrich, Über einen Fall von Ectopia testis. (Städt. Krankenh., Mannheim.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 46, S. 2592—2593.) **88**, 921.

Bouchard et Laquière, Cancer d'un testicule ectopique apparu après une tentative de cure opératoire et ayant simulé une appendicite pelvienne. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 6, S. 483—487.) **86**, 152.

Butoianu, M. St., Al. Florescu und Dan Teodorescu, Betrachtungen über die Pathogenese der Hodenektopie. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 8/9, S. 333—340.) (Rumänisch.) *

Czyżewski, M., Operative Behandlung des Kryptorchismus. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 2, S. 47—63.) (Polnisch.) **33**, 760.

Donovan, Ricardo E., und N. Contreras Ortiz, Traumatische Hodenektopie mit Pylorussymptomen. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 2, S. 83—85.) (Spanisch.) **34**, 190.

Goetsch, Arthur, Conservation of testis in repair of hernia complicated by undescended testis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 1, S. 1—4.) **32**, 550.

Hartmann, Hernie inguinale et ectopie testiculaire. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 42, S. 677—678.) **34**, 244.

Hirsch, Hans, Zur Differentialdiagnose der Torsion des Leistenhodens. (Israelit. Asyl, Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 11, S. 559—571.) **32**, 682.

Holder, Hall G., A probable case of triorchidism. (Urol. serv., Bellevue hosp., New York.) (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 5, S. 555—564.) **33**, 557.

Kausch, W., Luxatio testis. (Städt. Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 51, S. 2866—2869.) **34**, 270.

Skorpik, Otto, Ein Fall von „Testis bipartitus". (Chir. Univ.-Klin., Graz.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 47, S. 2598—2599.) **36**, 647.

Sonneland, S. Gaylord, Undescended testicle. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**. Nr. 4, S. 535—545.) *

Spurr, Ricardo, Ektopie eines einzigen Hodens mit gleichzeitiger Hernie. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 5, S. 133—137.) (Spanisch.) *

Ssokolow, N. N., Über eine Modifikation der Orchidopexie bei Kryptorchismus. (Chir. Klin., Staatsinst. f. med. Wiss. u. Krankenh. z. And. an Dr. Zimbalin, Leningrad.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 438—445.) **35**, 661.

Turner, Philip, An analysis of the results in fifty cases of trans-septal orchidopexy for imperfectly descended testicle. (Kryptorchismus.) (Guys' hosp. reports Bd. **75**, Nr. 2, S. 209—221.) **34**, 612.

Vollbrandt, Adolf, Retentio testiculi bei Säuglingen und Kleinkindern. (Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. **107**, 3. Folge: Bd. **57**, H. 6, S. 367.) **32**, 551.

Gonorrhoische und syphilitische Hoden- und Nebenhodenentzündung.

Barney, J. Dellinger, Tumors of the testis, simulating epididymitis. (Genito-urinary dep., Massachusetts gen. hosp. a. med. school of Harvard univ., Boston.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 4, S. 245—247.) *

Iljinsky, W. P., Die pathologische Anatomie, Histologie und Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. (Urol. Klin., med. Inst., Moskau.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **17**, H. 3/4, S. 213—228.) **32**. 52.

Kukudjchanoff, N. I., Über die Spermatogenese bei Erkrankungen der Epididymis. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 691—694.) **35**, 59.

Kukudshanow, N. I., Spermatogenese bei Erkrankungen der Epididymis. (Urol. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **18**, H. 3/4. S. 205 bis 210.) **33**, 154.

Marselos, Valerius J., Heilung von 35 Fällen gonorrhoischer Nebenhodenentzündung und Hodenentzündung mittels der Diathermie und unserer Spezial-Perineoscrotalelektrode. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 8, S. 604—607.) **34**, 230.

Oudard et G. Jean, Epididymites tertiaires. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 102, S. 1684 bis 1685.) **36**. 62.

Rolnick, H. C., The mechanism of epididymitis. (Dep. of genito-urin. surg., Northwestern univ. med. school, Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 1, S. 15—20.) **34**, 269.

Saïgrajeff, Die Autohämotherapie bei Komplikationen der Gonorrhöe. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 684—688.) (Russisch.) **35**, 341.

Sinkoe, Samuel J., Diathermy, its value in acute epididymitis. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 9, S. 525—527.) **35**, 387.

Hydrocele.

Alferov, M. W., Eine neue Operationsmethode zur Behandlung der Hydrocele. (Vracebnoe delo Nr. **8**.) (Russisch.) **33**, 556.

Cartier, Pierre, et Henri Godard, De la nature tuberculeuse de certaines hydrocèles dites essentielles. (Clin. chir. du prof. Pierre Delbet, Paris.) (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 8, S. 617—639.) **34**, 611.

Fausto, Leinati, Sull'idrocele essenziale. Studio anatomo patologico e del liquido. (Istit. di patol. chir. dimostrativa, univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. **37**, H. 2, S. 149—181.) **32**, 732.

Gallo, Carmine, Contributo alla etiologia dell'idrocele nei lattanti. (Istit. di clin. pediatr., univ., Napoli.) (Pediatria riv. Jg. **33**, H. 24, S. 1317—1325.) **35**. 339.

Jeanneney, G., Les hydrocèles vaginales. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 23, S. 373—378.) **32**, 549.

Morone, Giovanni, La prova del chloroformio sui liquidi di idrocele. (Istit. di patol. chir. dimostrat., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. 37, H. 1, S. 61 bis 67.) 32, 795.

Palumbo, Ettore, Contributo allo studio citologico dei liquidi idroceli. (Sez. di chim. e microscop., istit. anat.-patol., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. 1925, Nr. 10, S. 161—163, Nr. 11, S. 172—176 u. Nr. 12, S. 191—193.) 34, 269.

Salleras, Juan, und Gerardo Vilar, Über Blutstillung in der Chirurgie der Hodenhüllen. (Rev. méd. de Sevilla Jg. 43, April-H., S. 33—36.) (Spanisch.) 32, 550.

Sparacio, Benedetto, Sull'idrocele sifilitico dei neonati. (Clin. dermosifilopat. univ., Roma.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 20, S. 462—463.) 32, 907.

Spurr, Ricardo, und G. Lagleize, Traumatische Ruptur einer Hydrocele. (Hosp. Parmenio Piñero, Buenos Aires.) (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. 1, Nr. 4, S. 86—91.) (Spanisch.) 36, 649.

Strominger, L., Double hydrocèle syphilitique. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 4, S. 327 bis 328.) *

Vecchi, Arnaldo, Di un semplice metodo di cura radicale dell'idrocele. (Osp. civ., Faenza.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 2, S. 200—204.) 32, 550.

Tuberkulose des Hodens und Nebenhodens.

Anghel, I., Über Nebenhodenentfernung bei Genitaltuberkulose. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 8/9, S. 350—357.) (Rumänisch.) 34, 269.

Bani, Ugo, Due casi di tubercolosi del testicolo a decorso acuto. (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 12, S. 594—600.) 35, 59.

Barbilian, N., Les résultats éloignés de l'épididymectomie dans la tuberculose génitale. (Clin. chir., Hôtel-Dieu, Paris.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 88, S. 1460—1461.) 33, 760.

Benavent, Juan, Behandlung der Hodentuberkulose. (Rev. española de urol. y dermatol. Jg. 27, Nr. 322, S. 516—526.) (Spanisch.) 36, 61.

Crespo Alvarez, Dacio, Klinische Betrachtungen über die chirurgische Behandlung der Hodentuberkulose. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 388, S. 361—364.) (Spanisch.) 32, 310.

Dillon, James R., Tuberculosis of the seminal tract. (Dep. of urol., Stanford univ. med. school, San Francisco.) (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1139 bis 1143.) 35, 339.

Hammond, T. E., Tuberculosis of the genito-urinary system. (Tubercle Bd. 6, Nr. 10, S. 490—497.) *

Heimann, Fritz, Tuberkulose des Genitalapparates. (Ber. über d. ges. Gynäkol. u. Geburtsh. sowie deren Grenzgeb. Bd. 7, H. 1/2, S. 1—17.) *

Jadassohn, Werner, Akute Nebenhodentuberkulose mit vorwiegend tuberkelfreier Entzündung. (Ein Beitrag zur Frage der Tuberkulose ohne Tuberkel.) (Inselspit., Bern.) (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 6, S. 20 bis 32.) 36, 62.

Kiełkiewicz, Jan, Die chirurgische Behandlung der Genital-Tuberkulose des Mannes. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 13, S. 287—288.) (Polnisch.) 32, 731.

Kukudjchanoff, N. I., Über die Spermatogenese bei Erkrankungen der Epididymis. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 691—694.) 35, 59.

Kukudshanow, N. I., Spermatogenese bei Erkrankungen der Epididymis. (Urol. Klin., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. 18, H. 3/4, S. 205 bis 210.) 33, 184.

Lénárt, Egon, Die Notwendigkeit und Methoden der konservativen Behandlung der Hodentuberkulose. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 41, S. 930—932.) (Ungarisch.) 33, 920.

Levin, I., Partielle Kastration nach Razumowski. (Milit.-Laz., Ekaterinburg.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 11, S. 1160—1163.) (Russisch.) 36, 761.

Marion, G., Du traitement de la tuberculose génitale chez l'homme. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 6, S. 524—528.) 34, 191.

Negro, Mario, A proposito dell'epididimectomia nella tubercolosi genitale. (Serv. per le malatt. delle vie urin., osp. Lariboisière, Parigi.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 6, S. 126—128.) 32, 907.

Pugh, Winfield Scott, Epididymectomy. (Urol. dep., New York hosp., New York.) (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 4, S. 209—213.) 32, 795.

Pugh, Winfield Scott, Surgery of the epididymis. (Urol. dep., New York hosp., New York.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 8, S. 291—294.) 33, 351.

Richer, V., Les tuberculoses génitales latentes et l'urétrite chronique tuberculeuse. (Lyon méd. Bd. 135, Nr. 9, S. 249—252.) 34, 611.

Rom, F. de, Über die Tuberkulose des Urogenital-Systems. (Vlaamsch geneesk. tijdschr. Jg. 6, Nr. 30, S. 473—481.) (Flämisch.) *

Sussig, L., Einiges über die Genese der männlichen Genitaltuberkulose. (Sanat. „Villa San Giusto" u. Stadtkrankenh., Görz.) (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 6, S. 10—20.) **36**, 150.

Welfeld, Joseph, The use of mercurochrome-220 in genito-urinary tuberculosis. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 9, S. 527—529.) **36**, 322.

Hoden- und Nebenhodengeschwülste.

Barney, J. Dellinger, Tumors of the testis, simulating epididymitis. (Genito-urinary dep., Massachusetts gen. hosp. a. med. school of Harvard univ., Boston.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 4, S. 245—247.) *

Bell, F. Gordon, Tumours of the testicle: The teratoid group. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 49, S. 7—38.) **32**, 732.

Bell, F. Gordon, Tumours of the testicle: The spermatocytoma group. (Brit. journ. of surg. Bd. 13, Nr. 50, S. 282—301.) **34**, 545.

Bouchard et Laquière, Cancer d'un testicule ectopique apparu après une tentative de cure opératoire et ayant simulé une appendicite pelvienne. (Hôp. Lariboisière, Paris.) (Journ. d'urol. Bd. 20, Nr. 6, S. 483—487.) **36**, 152.

Delitala, Palmerio, Di un teratoide del testicolo con formazioni corionepiteliali. (Istit. di anat. patol., Torino, ed istit. di clin. e patol. chir., univ., Sassari.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 561—588.) **34**, 191.

Delitala, Palmerio, Sulla istogenesi dei tumori epiteliali a grosse cellule del testicolo. (Studi sassaresi Bd. 3, H. 5, S. 380—385.) *

Donadio, Nicola, Un caso di epitelioma seminale simulante perfettamente una orchiepididimite tubercolare. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 2, S. 32—34.) **32**, 552.

Gomoiu, V., Operationsmethode für Geschwülste des Hodens und Samenstranges. (Spitalul Jg. 45, Nr. 12, S. 433—436.) (Rumänisch.) **36**, 63.

Grünberg, Hans, Über drei ungewöhnliche Fälle von chronischer Orchitis unter dem klinischen Bilde eines Hodentumors. (Pathol. Inst., Univ. Göttingen.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 33, H. 2, S. 217—227.) **36**, 152.

Haines, Wilbur H., Etiological, diagnostic and pathological considerations of testicular tumor. (St. Agnes hosp., Philadelphia.) (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 12, S. 704 bis 706.) *

Haines, Wilbur H., and Nolie Mumey, Suppurative orchitis and embryonal adenocarcinoma. Case report. (Graduate school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 1, S. 19—20.) *

Hartmann, Kystes de l'épididyme. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 34, S. 545.) *

Hinman, Frank, Thomas E. Gibson and Adolph A. Kutzmann, Malignant tumors of the testicle. A pathological study. (Dep. of urol. a. dep. of surg. pathol., univ. of California, San Francisco.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 552—575.) **33**, 490.

Kohler, H., Myom des Hunterschen Leitbandes. (Bezirkskrankenh., Dinkelsbühl.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 194, H. 1/2, S. 138—141.) **34**, 192.

Livšitz, P. M., Zur Frage über radikale Operation bei bösartigen Hodengeschwülsten. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 569—575.) (Russisch.) **35**, 662.

Mingazzini, E., Contributo clinico alla conoscenza dei tumori del testicolo ritenuto. (Causa infrequente di uronefrosi.) (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 8, S. 750—769.) *

Pohle, Ernest A., Teratoid tumor of the testicle with late metastases in the mediastinum. Report of a case. (X-ray dep., Mount Sinai hosp., Cleveland.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 5—7.) *

Prym, Paul, Zur Frage der Metastasierung und Spontanheilung bösartiger Hodengeschwülste. (Pathol. Inst., Univ. Bonn.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 28, S. 1149—1150.) **32**, 552.

Pugh, Winfield Scott, Surgery of the epididymis. (Urol. dep., New York hosp., New York.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 8, S. 291—294.) **33**, 351.

Rigano-Irrera, D., Su di un caso di linfangioma semplice circoscritto della coda dell'epididimo. (Istit. di anat. patol. ed istit. di clin. chir., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 552—560.) *

Rubašev, S. M., Über die Geschwülste der männlichen Geschlechtsorgane: Fibrome und Fibromyome im Hodensack. (Minsk.) (Novy chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 407—416.) (Russisch.) *

Rubašov, S., Zur Klassifikation der Testikelgeschwülste und ihrer klinischen Charakteristik. (Urologija Bd. 2, Nr. 8, S. 5—17.) (Russisch.) **33**, 683.

Ryser, H., Über einen Fall von Hodencarcinom oder Seminalepitheliom oder Seminom. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 4, S. 68—70.) **31**, 119.

Sondakewič, A. W., Zur Frage der malignen Hodengeschwülste. (Chir. Klin., med. Hochsch., Dir. Prof. Braizew u. chir. Hosp.-Klin., II. Reichsuniv., Dir. Prof. Terebinsky, Moskau.) (Russkaja klinika Bd. 3, Nr. 14, S. 965—987.) (Russisch.) 35, 340.

Ssedletzkij, S. K., Zur Frage über radikale Operation eines retinierten bösartig entarteten Hodens. (Chir. propädeut. Klin., Prof. Ševandin, Univ. Simferopol.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 565—569.) (Russisch.) 35, 662.

Tahlmann, J., Zur Frage der Nebenhodencysten. (Verhandl. d. I. Chir. Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 192—194.) (Russisch.) 37, 212.

Webb-Johnson, A. E., Embryoma of the testis. Sudden death from thrombosis of pulmonary veins. (Brit. med. journ. Nr. 3388, S. 1048—1049.) *

Andere Krankheiten des Hodens und Nebenhodens.

Buschke, A., Über Hodengangrän. Bemerkungen zu der Arbeit von Küttner: Der spontane Untergang des gesunden Hodens (Dtsch. med. Wochenschr. 1924, Nr. 38), und von Esau (Dtsch. med. Wochenschr. 1925 Nr. 2). (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 6, S. 229.) 33, 683.

Castex, M. R., A. J. Heidenreich und A. H. Costemalle, Typhus-Orchi-Epididymitis (Rev. de la soc. de med. interna Bd. 1, Nr. 10, S. 471—477.) (Spanisch.) 37, 694.

Cignozzi, Oreste, L'echinococco testicolare. Studio anatomo-clinico. (Div. chir. osp., Grosseto.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 6, S. 519—544.) 34, 114.

Dahl, Pauli, Epididymitis simplex bei männlichem Pseudohermaphroditismus. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 37, S. 796—797.) (Dänisch.) *

Denoy, J., et J. Codet, Quelques remarques sur trois cas de torsion de l'hydatide de Morgagni chez l'enfant. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 14, S. 226 bis 227.) 31, 774.

Esau, Der spontane Untergang des gesunden Hodens. (Kreiskrankenh., Oschersleben-Bode.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 2, S. 70.) 32, 552.

Grön, Fredrik, und Th. Thjötta, Ein durch Bacterium coli erzeugter Fall von Orchitis und Epididymitis purulenta. (Armeens bakteriol. laborat., Kristiania.) (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 1, S. 33—40.) (Norwegisch.) 31, 407.

Grøn, Fredrik, and Th. Thjøtta, A case of purulent orchitis and epididymitis due to infection with a colon bacillus. (Armeens bakteriol. laborat., Oslo.) (Acta dermato-venerol. Bd. 6, H. 2, S. 247—254.) 33, 185.

Grünberg, Hans, Über drei ungewöhnliche Fälle von chronischer Orchitis unter dem klinischen Bilde eines Hodentumors. (Pathol. Inst., Univ. Göttingen.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. 33, H. 2, S. 217—227.) 36, 152.

Haines, Wilbur H., und Nolie Mumey, Suppurative orchitis and embryonal adenocarcinoma. Case report. (Graduate school of med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Atlantic med. journ. Bd. 29, Nr. 1, S. 19—20.) *

Kuntzen, Heinrich, Orchitis phlegmonosa und vorzeitige Spermiogenese. (Pathol. Inst., Univ. Rostock u. Leipzig.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 1/2, S. 108—120.) 35, 661.

Kunz, Hubert, Ein Fall retrograder Hodenincarceration. (Krankenanst. „Rudolfstiftung", Wien.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 33, S. 1810—1811.) 34, 190.

Masini, Paul, L'orchite traumatique. (Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2052, S. 3636 bis 3639.) 36, 151.

Pace, Ignazio di, Orchite da malaria. (Istit. di batteriol. agraria, scuola sup. di agricoltura, Portici.) (Folia med. Jg. 11, Nr. 13, S. 481—501.) *

Sawday, A. Ernest, A loose body in the tunica vaginalis. (Lancet Bd. 209, Nr. 5, S. 220.) 33, 185.

Speranskij, W., Über nichtspezifische Epididymitis. (Klin. f. Haut- u. vener. Krankh., med. Hochsch., Charkow, Chef Prof. Ssobolev., u. venerol. Inst., Charkow, Chef Feodorowskij.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 10/11, S. 831—833.) (Russisch.) 34, 191.

Spillmann, W., Ein seltener Fall von Hodenstrangulation. (Krankenh., Wattwil.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 7, S. 141—142.) 31, 634.

Samenleiter, Samenblasen, Samenhügel.

Avramovici, Aurel, Sur un cas de vésiculite gonococcique simulant une colique néphrétique. (Journ. d'urol. d. 2), Nr. 2, S. 141—143.) *

Baiocchi, Pasquale, Sui tumori del cordone spermatico. Un raro caso di fibromixosarcoma. (Auguste-Viktora-Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 10, S. 1049—1070.) *

Belfield, William T., Hematogenous infections of the seminal duct. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 24, S. 1818—1819.) **33**, 554.

Belfield, William T., Injuries possible through vasotomy. (Journ. of urol. Bd. 14, Nr. 4, S. 349—370.) **35**, 658.

Calvanico, Raffaele, Nota preventiva su di un caso di innesto deferente-testicolare seguito da guarigione anatomica e funzionale. (Istit. di patol. special. chir. e clin. chir. propedeut., univ., Napoli.) (Gazz. internaz. med.-chir. Jg. **1925**, Nr. 4, S. 56 bis 57.) **32**, 158.

Chetti, M. N. S., A case of internal strangulation by the spermatic cord. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 9, S. 426.) *

Chetti, M. N. S., Gangrene of the testes after torsion of the spermatic cord. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 9, S. 426—427.) *

Daday, Jenö von, Über spontan entstandene Torsion des Samenstranges. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 47, S. 1146—1147.) (Ungarisch.) **34**, 544.

Frank, Ernst Rich. Wilh., Ein Fall von Syphilis der Samenblase. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. **6**, S. 415—417.) **33**, 555.

Fritzler, Kurt, Zur Kenntnis der Tumoren des Samenstranges, der Scheidenhäute und des Nebenhodens. (Pathol. Inst., Leipzig u. Johanniter-Krankenh., Stendal.) (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **18**, H. 5/6, S. 271—277.) **33**, 920.

Gomoiu, V., Operationsmethode für Geschwülste des Hodens und Samenstranges. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 12, S. 433—436.) (Rumänisch.) **36**, 63.

Keve, Franz, Ein Fall von Syphilis der Samenblase. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 12, S. 885—890.) **36**, 333.

Lewin, Arthur, Indikationen für die chirurgische Behandlung der Samenblase. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 199 bis 201.) **33**, 184.

Lichtenberg, Alexander von, Die Chirurgie der Samenwege. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 188—198.) **33**, 489.

Lucri, Tito, Papillomatosi diffusa del collo della vescica della regione del verum montanum. Elettrocoagulazione delle vegetazioni. Guarigione. (Ambulat. urol., La Spezia.) (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 1, S. 35—40.) **35**, 338.

Lyons, Oliver, Primary carcinoma of the left seminal vesicle. (Journ. of urol. Bd. **13**, Nr. 4, S. 477—484.) **33**, 555.

Mark, Ernest G., Indications for vasotomy. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. **4**, S. 323 bis 330.) **35**, 658.

Maslov, J., Ein Fall von Hodentorsion. (Chir. Abt. Gouvernementskrankenh., Černigow, Dr. Maslov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, H. 4, Nr. 28, S. 641. (Russisch.) *

Massa, Giovanni, Su due casi di torsione del funicolo spermatico. (Sez. chir., osp. mauriziano Umberto I, Torino.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 5, S. 164 bis 167.) **32**, 549.

Odasso, Attilio, Contributo clinico allo studio della torsione del funicolo spermatico. (Osp. magg. di San Giovanni Battista, Torino.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 6, S. 290—302.) **32**, 549.

Picker, Rudolf, Die Chirurgie der Samenwege. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. **6**, S. 401 bis 406.) **33**, 556.

Rathbun, N. P, Seminal vesiculitis as a complication of prostatism and prostatectomy. (Urol. serv., Brooklyn hosp.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 214—217.) **32**, 548.

Rolnick, H. C., Infections along the sheath of the vas deferens. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 4, S. 371—484.) **35**, 657.

Rubašev, S. M., Zur Frage über die Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane. Lymphangioma cysticum des Samenstranges und Hodensacks. (Chir. univ. Klin., Minsk.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 132—139.) (Russisch.) **35**, 594.

Salleras, Juan, Die Elektrokoagulation in 2 Fällen von Polypen des Samenhügels. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 24, S. 1269—1270.) (Spanisch.) *

Starlinger, Fritz, Zur Kasuistik und Diagnose der Samenstranggeschwülste. (I. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **189**, H. 4/6, S. 408—413.) **31**, 634.

Thomas, B. A., Vasopuncture. A technical modification of vasotomy for seminal vesiculitis. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 4, S. 331—347.) **35**, 658.

Thorek, Max, Torsion of the spermatic cord. Report of two cases with review of literature. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 6, S. 1142—1149.) **33**, 556.

Valerio, Americo, Klinische und chirurgische Studien über den Samenhügel (Colliculus seminalis). (Clin. cir., fac. de med., Rio de Janeiro.) (Brazil-med. Bd. **2**, Nr. 20, S. 277—282, Nr. 21, S. 300—304 u. Nr. 22, S. 313—319.) (Portugiesisch.) **34**, 736.

Wakulenko, M. W., Ein Fall von Anastomose des Vas deferens mit dem Hoden nach Rasumowskij. (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. **19**, Nr. **1**, S. 49—51.) (Russisch.) **33**, 557.

Werwath, Kurt, Über symmetrische und schmerzhafte Lipome der Samenstränge. (Städt. Krankenh., Danzig.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 2, S. 325 bis 337.) **34**, 544.

Wolbarst, Abr. L., Colon bacillus infection of the prostate and seminal vesicles. (Jewish mem. hosp. a. Beth Israel hosp., New. York.) (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 12, S. 471—475.) **36**, 59.

Varicocele.

Faminski, Eugen, Über die Varicoceleoperation nach Isnardi. (Rayon-Hosp., Modlin, Polen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 35, S. 1944—1945.) **33**, 184.

Franke, Felix, Zur Operation der Varicocele. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 44, S. 2483—2484.) **33**, 556.

Goljanitzky, I. A., Zur Frage über die Pathogenese und chirurgische Behandlung der Venenerweiterung des Samenstranges. (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. 4, S. 419 bis 425.) (Russisch.) **35**, 659.

Hilse, A., Eine Modifikation der Varicocelenoperation nach Zoege-Manteuffel. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 24, S. 1305—1308.) **33**, 556.

Prima, C., Zur Varicocelenbehandlung. (Heilanst. Oberpahlen, Estland.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 40, S. 2244—2245.) **33**, 352.

Allgemeines über Peniserkrankungen.

Grosse, Forensisch bedeutsame Strangulation am Finger und Penis. (Univ.-Kinderklin., Göttingen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 44, S. 1887—1888.) *

Jersild, O., Gangrène génitale traitée par le novarsénobenzol. (Hôp. Rudolph Bergh, Copenhague.) (Ann. de dermatol. et de syphiligr. Bd. **6**, Nr. 11, S. 662—674.) **34**, 546.

Inselt, Arnold, Luxatio glandis penis, Penisverdoppelung vortäuschend. (Magyar orvos Jg. **6**, Nr. 20, S. 432.) (Ungarisch.) **34**, 546.

Kausch, W., Luxatio testis penalis. (Städt. Krankenh., Berlin-Schöneberg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 51, S. 2866—2869.) **34**, 270.

Matronola, G., Su un caso di priapismo prolungato. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 2, S. 53—65.) **33**, 491.

Moure, Paul, et Raymond Leibovici, Le priapisme leucémique. (Journ. d'urol. Bd. **19**, Nr. 2, S. 101—110.) **32**, 311.

Pagliere, Luis E., Seltene Affektionen der Eichel, Tuberkulose und Aktinomykose. (Rev. de la soc. argentina de urol. Jg. **1**, Nr. 6, S. 143—150.) (Spanisch.) *

Sacharov, N., Zur Kasuistik der chirurgischen Erkrankungen des Penis. (Chir. Klin., Univ., Saratov.) (Kliničeskij žurnal Saratovskavo universiteta Bd. **1**, H. 4, S. 48 bis 53.) (Russisch.) *

Salleras, J., und G. Vilar, Betrachtungen über Blutstillung in der Chirurgie des Scrotums und der männlichen Genitalien. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 112, S. 441—443.) (Spanisch.) **32**, 794.

Smith, Karl W., Primary actinomycosis of the penis. Report of case. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 10, S. 576—577.) **33**, 921.

Ssirotkin, A., Zur Frage der foudroyanten Penis- und Scrotumgangrän. (Ssokolniki-Krankenh.) (Moskowskij medicinskij žurnal Jg. **5**, Nr. 2, S. 28—31.) (Russisch.) *

Steinberg, I. I., Über einen seltenen Fall von erworbener Penisverstümmelung. (Chir. propädeut. Klin., med. Hochsch., Prof. Kornman, Odessa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **9**, H. 1, Nr. 33, S. 101—102.) (Russisch.) **35**, 663.

Angeborene Krankheiten des Penis, Phimosis.

Da C. Doria, João R., Ein Fall von Epispadie beim Mann. (Serv. med. leg. do estado, Balna.) (Brazil-med. Bd. **2**, Nr. 7, S. 84—86.) (Portugiesisch.) *

Dahl, Pauli, Epididymitis simplex bei männlichen Pseudohermaphroditismus. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 37, S. 796—797.) (Dänisch.) *

Hoepke, H., und Kj. v. Oettingen, Zur Frage des Pseudohermaphroditismus. (Anat. Inst. u. Frauenklin., Univ. Heidelberg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 43, S. 2388—2401.) *

Kirchheim, Friedrich, Zur Behandlung der Paraphimose. (Dermatol. Wochenschr. Bd. **81**, Nr. 27, S. 1009.) **33**, 557.

Legueu, L'hypospadias balanique et son traitement. (Journ. des praticiens Jg. 39. Nr. 11, S. 161—162.) 32, 907.
Potel, G., Un nouveau procédé d'opération pour la cure de l'hypospadias balanique. (Journ. d'urol. Bd. 19, Nr. 3, S. 236—239.) 34, 612.
Ratner, L., Epispadie bei Männern. (Androl. Univ.-Klin., Prof. Dsirne, Moskau.) (Uralskoje Medicinskoje Obosrenije Bd. 3, Nr. 4/5, S. 21—46.) (Russisch.) 35, 409.
Straßmann, F., Ein männlicher Scheinzwitter. (Ärztl. Sachverst.-Zeit. Jg. 31, Nr. 13, S. 171—172.) *
Tierny, A., Un cas de pseudo-hermaphrodisme chez un enfant de 8 ans. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 95, Nr. 7, S. 192—194.) *
Wolkow, K. W., Zur Technik der Kantoplastik und der P. discisio praeputii bei Paraphimose. (Krankenh., Jadrin, Tschuwaschengebiet.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 22, S. 546.) (Russisch.) 35, 60.

Induratio penis plastica und Os penis.

De Nicola, A., Un caso di „induratio penis plastica", curato con la diatermia. (Arch. ital. di dermatol., sifilogr. e venereol. Bd. 1, H. 2, S. 172—174.) *
Iungano, M., La sclerosi dei corpi cavernosi (Contributo anatomo-patologico e considerazioni etiologiche e terapeutiche). (Rep. genitourin., osp. S. Maria Egiziaca, Napoli.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 15, S. 353—356.) 34, 270.
Marshall, William A., Plastic induration of the penis and of the corpus cavernosum with a case report. (Illinois med. journ. Bd. 48, Nr. 4, S. 311—313.) 34, 545.
Molla, Rafael, Die fibröse Induration der Corpora cavernosa. (Med. ibera Bd. 19. Nr. 417, S. 401—403.) (Spanisch.) 35, 662.
Oeconomos, S., Induratio penis plastica. (Poliklin., Athen.) „Ὁ πρακτικὸς Ἰατρός" Jg. 3, Nr. 2.) (Griechisch.) 32, 552.

Penisgeschwülste.

Astraldi, A., Betrachtungen über den Peniskrebs. (Bol. del inst. de med. exp. Jg. 1. Nr. 6, S. 433—436.) (Spanisch.) 33, 490.
Buschke, A., und Ludwig Löwenstein, Über carcinomähnliche Condylomata acuminata des Penis. (Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 36, S. 1726—1728.) 34, 192.
Das Gupta, S. C., Amputation of the penis. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 11, S. 528 bis 529.) *
Klinik, Die — der bösartigen Geschwülste. Hrsg. v. P. Zweifel u. E. Payr. II. Bd. Brust- und Bauchorgane, Harn- und männlicher Geschlechtsapparat, Wirbelsäule und Extremitäten. (Leipzig: S. Hirzel 1925. XVI, 740 S. u. 48 Taf. RM. 62.—.) 33, 195.
Milian, Périn et Solente, Lymphadénome de la verge. (Rev. franç. de dermatol. et de vénéréol. Jg. 1, Nr. 1, S. 44—51.) 37, 695.
Rubašev, S. M., Über die Geschwülste der männlichen Geschlechtsorgane: Fibrome und Fibromyome im Hodensack (Minsk). (Novy chirurgičeskij archiv Bd. 8. H. 3, Nr. 31, S. 407—416.) (Russisch.) *
Serafini, Giuseppe, La diagnosi precoce del carcinoma dei genitali esterni. (Osp. magg. di S. Giovanni Battista e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis. S. 71—75.) 37, 212.

Krankheiten des Scrotums.

Belitzkij, I. M., Über die operative Behandlung der Elephantiasis scroti. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Perm.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 139 bis 146.) (Russisch.) 35, 410.
Borden, Daniel L., Partial scrotectomy. (Urol. a. cut. review Bd. 29, Nr. 2, S. 73 bis 75.) 32, 552.
Bussa Lay, Enrico, Su di un caso di elefantiasi cospicua dello scroto. (Osp. colon. Regina Elena, Asmara.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 12, S. 267—270.) 33. 490.
Fukamachi, Tokiyasu, Über das Lymphscrotum mit besonderer Berücksichtigung der histologischen Untersuchung. (Bakteriol.-pathol. Abt., Keio-Univ., Tokyo.) (Acta dermatol. Bd. 5, H. 4, S. 427—436.) 33, 557.
Jersild, O., Gangrène génitale traitée par le novarsénobenzol. (Hôp. Rudolph Bergh. Copenhague.) (Ann. de dermatol. et de syphiligr. Bd. 6, Nr. 11, S. 662—674.) 34. 546.
Léri, André, et Layani, Lymphangiectasies périno-scrotales post-éléphantiasiques. Eosinophilie passagère. (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 32. Nr. 5, S. 244—247.) 33, 186.

Marshall, Clement H., Syphilitic elephantiasis of the scrotum. (Dep. of dermatol., univ. of Tennessee coll. of med., Memphis.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 12, S. 875—877.) **33**, 490.

Muccini, Giacomo, Su di un caso di elefantiasi dei genitali e degli arti inferiori secondaria ad infortunio del lavoro. Nota clinica. (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 32, S. 1117—1119.) **33**, 185.

Rubašev, S. M., Zur Frage über die Neubildungen der männlichen Geschlechtsorgane. Lymphangioma cysticum des Samenstranges und Hodensacks.) (Chir. univ. Klin., Minsk.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 132—139.) (Russisch.) **35**, 594.

Salleras, J., und G. Vilar, Betrachtungen über Blutstillung in der Chirurgie des Scrotums und der männlichen Genitalien. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 112, S. 441—443.) (Spanisch.) **32**, 794.

Salleras, Juan, und Gerardo Vilar, Über Blutstillung in der Chirurgie der Organe des Hodensackes. (Rev. de la asoc. méd. argentina [Soc. argentina de urol.] Bd. **37**, Nr. 237, S. 229—232.) (Spanisch.) **35**, 662.

Ssirotkin, A., Zur Frage der foudroyanten Penis- und Scrotumgangrän. (Ssokolniki-Krankenh.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. **5**, Nr. 2, S. 28—31.) (Russisch.) *

Weibliche Geschlechtsorgane.

Angeborene Mißbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Cecil, Arthur B., Destructive lesions of the female urethra in childhood. A differential diagnosis from female hypospadias. (Journ. of urol. Bd. **14**, Nr. 5, S. 441 bis 475.) **36**, 223.

Dusen, Chad A. van, and Arthur E. Lamley, Repetition of tubal pregnancy in opposite tube. Double vagina. Two unusual cases. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 6, S. 293—294.) *

Goldstein, Pawel, Ein Fall von künstlicher Scheidenbildung nach dem Verfahren von Schubert bei angeborenem Fehlen der Scheide und der Gebärmutter. (Warszawskie czasopismo lekarskie Jg. **2**, Nr. 6, S. 211—212.) (Polnisch.) *

Gubarev, A., Über Operationen zur Wiederherstellung der Vagina. Die Bedeutung der Indikationen. Technik. (Kliničeskaja medicina Bd. **3**, Nr. **6**, S. 157—162.) (Russisch.) *

Hartley, Harold, Congenital megacolon with absence of vagina. (Brit. med. journ. Nr. **3349**, S. 451—452.) *

Judin, S. S., Drei Fälle von operativer Bildung einer künstlichen Vagina aus einer Dünndarmschlinge. (Krankenh. Serpuchov, Moskauer Gouvern.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 13, S. 146—154.) (Russisch.) **35**, 523.

Karaman, Zaharescu, Scheidenplastik durch Darmtransplantation. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 1, S. 23—41.) (Rumänisch.) **33**, 832.

Konuches, M. I., Zur Frage über künstliche Vaginabildung. (Gynäkol. Klin., Inst. z. Fortbild. v. Ärzten, Vorstand Prof. Kiparsky, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **36**, H. 3, S. 305—311.) (Russisch.) **35**, 298.

Korčitz, E. W., Künstliche Vaginalbildung aus dem Dünndarm bei kongenitaler Abwesenheit derselben. (Chir. Abt., Gebietskrankenh., Samarkand, Mittelasien.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej. Bd. **36**, H. 1, S. 79—80.) (Russisch.) **35**, 299.

Krause, Wilhelm, Quantitative Untersuchungen über experimentellen Hermaphroditismus. (Physiol. Inst., Univ. Dorpat, Vorstand Prof. Lipschütz.) (Dissertation: Dorpat 1925.) **31**, 772.

Olivieri, Enrique M., Die Puttische Methode in der Behandlung der Ankylosen der oberen Extremität. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 114, S. 722—724.) (Spanisch.) **32**, 311.

Rabinowitsch, K. R., Vergleichende Beurteilung der Methoden Baldwin und Popoff-Schubert bei der Operation der künstlichen Vaginalbildung. (Geburtsh.-gynäkol. Klin., med. Hochsch., Leningrad. Prof. Skrobansky.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **35**, H. 3, S. 253—263.) (Russisch.) **35**, 298.

Allgemeines über Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane.

Alam, Maqbul, Retention of urine due to hematocolpos. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 8, S. 374—375.) *

Bell, W. Blair, Ovarian grafting. (Dep. of obstetr. a. gynecol., univ., Liverpool.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 6, S. 706—710.) **34**, 860.

Bruni, Champy, Gley, Lugaro, Thorek e Voronoff, La funzione endocrina delle ghiandole sessuali. (Milano: Istit. sieroterap. 1925. 243 S. L. 25.—.) **33**, 64.

Brunzel, H. F., Zur extraperitonealen Unterbindung der Aa. hypogastrica und uterina zur Stillung von Nachblutungen nach gynäkologischen Operationen. (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 8, S. 423—425.) **32**, 250.

Cecil, Russell L., and Benjamin H. Archer, Arthritis of the menopause. A study of fifty cases. (Cornell Pay clin. a. II. med. div., Bellevue hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 2, S. 75—79.) **31**, 777.

Edelberg, G., und J. Galant, Über die Harnblasenblutungen bei der Retroflexio uteri gravidi. (Klin. Geburtshilfe u. Gynäkol., Univ. Jaroslawl, Direktor: Prof. Edelberg.) (Urologija Bd. 2, Nr. 8.) (Russisch.) **34**, 185.

Emge, Ludwig A., The surgical treatment of varicose veins of the female pelvis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 22, S. 1690—1693.) **34**, 114.

Estes, William L., Implantation of an ovary. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 3, S. 475 bis 482.) **34**, 115.

Fotić, J., Mikulicz-Drainage bei gynäkologischen Operationen. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. 27, Nr. 7, S. 344—351.) (Serbo-kroatisch.) **33**, 139.

Franz, Karl, Gynäkologische Operationen. (Berlin: Julius Springer 1925. XI, 279 S. Geb. RM. 69.—.) **32**, 381.

Handbuch der Geburtshilfe. Hrsg. v. A. Döderlein. 3. Bd. 2. Aufl. (München: J. F. Bergmann 1925. XI, 998 S. RM. 49.—.) **33**, 830.

Holtermann, C., Ein Beitrag zur Sublimatintoxikation von der Scheidenschleimhaut aus. (Univ.-Frauenklin., Münster i. W.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 38, S. 2133—2137.) **35**, 411.

Jahresbericht über die gesamte Gynäkologie und Geburtshilfe sowie deren Grenzgebiete. Fortsetzung des Jahresberichts über die Fortschritte auf dem Gebiete der Geburtshilfe und Gynäkologie. Hrsg. v. K. Franz u. M. Stickel. Jg. 36. Bericht über das Jahr 1922. (München: J. F. Bergmann u. Berlin: Julius Springer 1925. VI, 969 S. RM. 76.—.) **31**, 775.

Knorr, Richard, Gynäkologie und Urologie (Beobachtungen aus den letzten 3 Jahren). (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 277—285.) *

Lindig, Otto, Klinischer Beitrag zur Mechanik der Achsendrehung innerer Organe nach Sellheim. (Univ.-Frauenklin., Gießen.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 51, S. 2876—2879.) **34**, 861.

Lönne, Fried., Eine cyclische Blutung aus Blase und linkem Ureter bei fehlender Uterusblutung. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der vikariierenden Menstruation.) (Vestische Frauenklin. u. Entbindungsanst., Erle.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 21, S. 1129—1134.) *

McCann, Frederick J., Remarks on painless pelvic surgery. (Brit. med. journ. Nr. 3364. S. 1115—1119.) **33**, 138.

Mandelstamm, Alexander, Bemerkungen zur Ovarientransplantation. (Frauenklin., Reichsinst. f. ärztl. Fortbild., Leningrad.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49. Nr. 50, S. 2836—2837.) **34**, 860.

Miller, C. Jeff, Pelvic lesions as a contributing factor in chronic cystic mastitis. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 3, S. 375—379 u. 437—438.) **34**, 149.

Naujoks, H., Das Problem der temporären Sterilisierung der Frau. Mit einem Geleitwort von G. Winter. (Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. 83 S. RM. 4.50.) **32**, 732.

Rouffart-Thiriar, Transplantation de l'ovaire dans l'utérus. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 8, S. 673—683.) **34**, 859.

Sachs, Otto, Weitere Beiträge zur Anatomie und Histologie des weiblichen Urethralwulstes mit besonderer Berücksichtigung der weiblichen Prostata. (I. anat. Univ.-Inst., Wien.) (Zeitschr. f. Urol. Bd. 19, H. 10, S. 739—742.) **33**, 832.

Schmid, Hans Hermann, Über Arterienenthülsung („periarterielle Sympathektomie") in der Gynäkologie. Vorl. Mitt. (Physiol. Inst., dtsch. Univ. Prag.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 5, S. 236—246.) **31**, 445.

Schulz, Raymond L., Stricture of the ureter and dysmenorrhoea. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 9, S. 1173—1177.) **34**, 533.

Slotopolsky, Benno, Sexualchirurgie. (Zeitschr. f. Sexualwiss. Bd. 12, H. 4, S. 105 bis 117 u. H. 5, S. 143—157.) **33**, 759.

Sobre-Casas, C., Gynécologie chirurgicale génito-statique. (Paris: Masson et Cie 1925.) **33**, 832.

Sudakoff, I. W., Ileus als Folge physiologischer Funktionen und Erkrankungen der weiblichen Genitalsphäre. (Frauenklin., Univ. Perm, Prof. Sudakoff.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. 36, H. 2, S. 107—120.) (Russisch.) **35**, 125.

Schwangerschaft, Geburt, Sectio caesarea, Wochenbett.

Abrahamsen, A., Ileus in der Schwangerschaft und unter der Geburt. (Univ.-Frauenklin., Würzburg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 44, S. 2476—2482.) *

Alipov, G., Beiträge zur Frage über die dringliche Bauchhöhlenchirurgie bei Schwangeren. (Chir. Abt., Rotes Kreuz-Krankenh., Pensa, Dr. Alipov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 533—558.) (Russisch.) **84**, 271.

Baidin, Alexander, Eine seltene schwere Verletzung der Harnröhre während der Geburt und die operative Behandlung derselben. (Gynäkol. Abt., Militärhosp., Riga.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 41, S. 2299—2307.) *

Bigger, Joseph W., and Gibbon Fitzgibbon, An investigation into the etiology of puerperal fever. (Rotunda hosp., Dublin.) (Brit. med. journ. Nr. **3356**, S. 775 bis 777.) *

Boorstein, Samuel W., Birth injuries requiring orthopedic treatments. (Fordham hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 24, S. 1866 bis 1870.) **84**, 202.

Firfarov, D., Zur Frage über die Ureterenverpflanzung in den Darm. Ein Fall von Verpflanzung bei Blasenzerreißung nach der Geburt. (I. chir. Krankenh., Nowo-Nikolajewsk, Sibirien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 188—195.) (Russisch.) **84**, 537.

Fitzgibbon, Gibbon, and Joseph W. Bigger, A clinical and bacteriological investigation of puerperal fever. (Rotunda hosp., Dublin.) (Brit. med. journ. Nr. **3356**, S. 773—774.) *

Fotić, J., Terpentinöltherapie der puerperalen Sepsis. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 2, S. 83—97.) (Serbo-kroatisch.) *

Hempel, Erich, Über die geplatzte Extrauteringravidität und deren Behandlung mit Eigenblutinfusionen. (Staatl. Krankenstift, Zwickau i. Sa.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 3, S. 367—404.) **82**, 53.

Heuser, Carlos, Lipiodol in the diagnosis of pregnancy. (Lancet Bd. **209**, Nr. 22, S. 1111—1112.) **85**, 385.

Hunner, Guy L., Ureteral stricture in obstetrics; with special reference to multiple abortions (renal) and to pyelitis of pregnancy. (Clin. gynecol., Johns Hopkins univ., Baltimore.) (Obstetr. soc., Philadelphia, 3. I. 1924.) (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **9**, Nr. 1, S. 47—66 u. 126—129.) **84**, 534.

Johnson, H. H., Scopolamin-apomorphia amnesia in obstetrics. (Current researches in anesthesia a. analgesia Bd. **4**, Nr. 4, S. 199—206.) *

Jülich, W., Morbus Basedow und Schwangerschaft. (Allg. Krankenh., Hamburg-Barmbek.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 25, S. 928—930.) **83**, 716.

Keller, R., Occlusions intestinales et grossesse. Le pseudo-iléus puerpéral. (Clin. obstétr. et gynécol., univ., Strasbourg.) (Gynécologie Jg. **24**, Juni-H., S. 354 bis 363.) **85**, 401.

Koteljnikov, W., Über einen Fall einer Leberruptur bei Eklampsie während der Geburt. (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 3/4, S. 114.) (Russisch.) **84**, 36.

Maortua und González Duarte, Appendicitis und Schwangerschaft. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 546—549.) (Spanisch.) **87**, 828.

Poole, Eugene H., and E. M. Hawke, Suspected ectopic gestation. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 295—299.) **84**, 272.

Schmid, Hans Hermann, Vereinigung der Haut des frischen Dammrisses mit Herffschen Klammern. (Dtsch. Univ.-Frauenklin., Prag.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 3, S. 148—150.) *

Werboff, S., Nierentuberkulose und Schwangerschaft. (Zeitschr. f. Urol. Bd. **19**, H. 7, S. 496—553.) **83**, 545.

Verletzungen der weiblichen Geschlechtsorgane.

Schugt, P., Ein Fall von Uterusperforation mit schwerer Verletzung und nachfolgender ausgedehnter Resektion des Dünndarmes. (Univ.-Frauenklin., Göttingen.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 15, S. 814—817.) **82**, 733.

Blasen- (Mastdarm-) Scheidenfisteln und andere Fisteln der Geschlechtsorgane.

Atabekoff, D. N., Zum suprasymphysären Schnitt bei Blasenfisteln der Frau. (Chir. Abt., Alt-Katharinenkrankenh. Moskau.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **35**, H. 1, S. 47—54.) (Russisch.) **85**, 262.

Atabekov, D. N., Lappenplastikmethode bei Urethra-Blasen-Scheidenfisteln und bei Blasen-Scheidenfisteln. (Klin. Inst. z. Fortbildung d. Ärzte, Krankenh. Babuhin,

Moskau.) (Trudy akušersko-ginekologičeskovo občestva pri 1. Moskovskom Universitete Bd. **29**, S. 84—89.) (Russisch.) **36**, 377.

Bretz, M., Durch kombinierte abdominale und vaginale Operation geheilter großer Blasenscheidendefekt. (Landesfrauenklin., Bochum i. W.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **69**, H. 1/2, S. 55—61.) *

Farr, Robert Emmett, and Clarence W. Brunkow, Congenital abnormalities of the intestine. Intestinal aplasia: Atresia of the rectum and anus complicated by recto-vesical fistula, with a report of cases. (Arch. of surg. Bd. **11**, Nr. 3, S. 417—433.) *

Frigyesi, József, Harnblasenfistel-Fälle mit größerem Harnröhrendefekt. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 30, S. 712—716.) (Ungarisch.) **34**, 539.

Kakuškin, N. M., Ureter-Scheidenfistel. Wiederherstellung auf vaginalem Wege der Anastomose zwischen Blase und Ureter. (Univ.-Frauenklin., Saratow.) (Žurnal akušerstva i ženskich boleznej Bd. **36**, H. 2, S. 121—124.) (Russisch.) **35**, 262.

Knapper, C., und D. L. Bartelink, Eine Blasen-Darmfistel durch Vergessen eines Tampons. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 19, S. 2096 bis 2099.) (Holländisch.) *

Kolischer, Gustav, and Alfred E. Jones, A contribution to the operative technique in vesico vaginal fistula. (Urol. a. cut. review Bd. **29**, Nr. 10, S. 593—595.) **33**, 759.

Merletti, C., Una modificazione utile nella tecnica operativa delle fistole vescico e retto-vaginali. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Siena.) (Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **47**, Nr. 7, S. 545—554; Atti d. reale accad. dei fisiocrit. in Siena Bd. **7**, Nr. 3/4, S. 121 bis 131.) **33**, 618. **36**, 147.

Perrucci, Antonio, Fistola vescico-intestinale guarita senza intervento chirurgico. (Arch. ital. di urol. Bd. **2**, H. 2, S. 157—161.) **35**, 712.

Ponomareff, A. F., Die Harnleiterüberpflanzung bei Blasenscheidenfisteln. (Verhandl. d. 16. Kongr. russ. Chir. in Moskau, 3.—8. V. 1924. Leningrad 1925. S. 649.) (Russisch.) **35**, 919.

Pozsonyi, Jenö, Über Uretero-Cervical-Fistel. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 164—165.) (Ungarisch.) *

Ragusa, Biagio, Catetere ad assorbimento capillare per le operate di fistola vescico-vaginale. (Clin. ostetr.-ginecol., univ., Roma.) (Clin. ostetr. Jg. **27**, H. 9, S. 407 bis 409.) **35**, 726.

Sbrozzi, Marcello, Un caso di fistola vescico-intestinale secondaria a piosalpinge. (Osp. civ., Genzano.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 9, S. 314—318.) *

Schiffmann, Josef, Zur Kenntnis der Blasendarmfisteln beim Weibe. (Zeitschr. f. urol. Chir. Bd. **18**, H. 1/2, S. 23—28.) *

Schiffmann, Josef, und Leo Szamek, Zur Kenntnis und Genese entzündlich-eitriger Veränderungen der Niere nach Ureter-Scheidenfisteln. (Bettina-Stiftungs-Pavillon. Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 23, S. 644—648.) **33**, 543.

Schmitz, Edgar F., Bladder fistulae in gynecology and obstetrics. (Dep. of gynecol. a. obstetr., St. Louis univ. med. school, St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1345—1364.) **36**, 147.

Spencer, Herbert R., On some unusual vaginal fistulae. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. **10**, Nr. 3, S. 365—370 u. 434—437.) **38**, 65.

Szili, Jenö, Blasen- und Mastdarm-Vaginal-Fistel. (Therapia [Budapest] Jg. **2**, Nr. 4, S. 174—177.) (Ungarisch.) **34**, 539.

Watkins, Thomas J., Vesicovaginal fistula. Utilization of thorough dissection of the anterior vaginal wall for closure. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 274—277.) **32**, 160.

Werewkin, M., Operation einer großen vesico-vaginalen Fistel durch die Sectio alta der Harnblase. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **34**, 40.

Gebärmutter- und Scheidenvorfall.

Birnie, John M., Prolapse of the uterus. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 10, S. 453—457.) *

Campbell, Alexander Mackenzie, Some problems in gyno-plastic surgery. (Journ. of the Michigan state med. journ. Bd. **24**, Nr. 9, S. 280—284.) *

Adnexerkrankungen, gutartige.

Brunner, H. C., Aneurysma der A. hypogastrica dextra, einen entzündlichen Adnextumor vortäuschend. (Kantonspit., St. Gallen.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 11, S. 603—606.) *

Castaño, Carlos Alberto, Pelvic varicocele. Diagnosis and treatment, and a new operation for its radical cure. (Gynecol. clin., univ., Burenos Aires.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 237—243.) **32**, 382.
Courty, L., Le varicocèle pelvien. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 8, S. 666 bis 672.) *
Picker, Rudolf, Die Adnexpathologie als Ergebnis der funktionellen Probleme in der Urologie. (VI. Kongr., Berlin, Sitzg. v. 1.—4. X. 1924.) (Verhandl. d. dtsch. Ges. f. Urol. S. 290.) *
Sachs, E., Zur Differentialdiagnose der Blinddarm- und der Eierstockentzündung (Bauchdeckenschmerz und Parametritis posterior). (Krankenh., Lankwitz-Berlin.) (Therapie d. Gegenw. Jg. 66, H. 7, S. 353—356.) **33**, 122.
Ssokolov, F.A., Gleichzeitige Erkrankung der weiblichen Adnexe und des Wurmfortsatzes. (Kijevskaja medicinskaja žišn Jg. 1, Bd. 1, Nr. 1, S. 57—62.) (Russisch.) **35**, 521.
Watkins, Thomas J., Acute infections (special reference to pelvic infections). (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 857—859.) *
Wilcox, Everard A., Varicocele of the broad ligaments: With report of two cases. (Med. dep., univ. of Georgia a. surg. div., univ. hosp., Augusta.) (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 5, S. 361—364.) *

Tuberkulose, Syphilis, Aktinomykose der weiblichen Geschlechtsorgane.

Daniel, C., La tuberculose localisée au corps de l'utérus sans tuberculose des annexes. (Rev. franç. de gynécol. et d'obstétr. Jg. 20, Nr. 9, S. 305—320.) *
Kafka, Viktor, Die Genese der weiblichen Genitaltuberkulose. (Pathol.-anat. Inst., dtsch. Univ., Prag.) (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 4, S. 13—28.) **34**, 115.
Pankow, O., Die klinische Bedeutung der weiblichen Genitaltuberkulose. (Extrapulmonale Tuberkul. [Sonderbeil. z. Med. Klinik] Jg. 1, H. 4, S. 1—13.) **34**, 382.
Weibel, W., Die Tuberkulose des weiblichen Genitales. (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 11, S. 637—641 u. Nr. 14, S. 811—818.) **32**, 382.

Hernien der weiblichen Geschlechtsorgane.

Bogojavlenskij, N. V., Zwei Fälle von Adnex-Hernien. (Chir. Frauen-Abt., Gouvernementskrankenh. Tambov, Dr. Baratynskij.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 437—438.) (Russisch.) **35**, 831.
Hilarowicz, Henryk, Über die Entstehung der Ovarialhernien. (Klin. chir. univ., Lwow.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 4, S. 79—81.) (Polnisch.) **37**, 271.
Rowley, W. N., Report of a case of inguinal hernia complicated by hernia of the ovaries and tubes. (Americ. journ. of obstetr. a. gynecol. Bd. 10, Nr. 5, S. 709—711.) *
Teplitz, V. L., Über Hernien der inneren weiblichen Geschlechtsorgane. (Chir. Frauen-Abt., Obuchow-Krankenh., Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 130—139.) (Russisch.) **35**, 566.
Venetianer, Piroska, Stieldrehung von Eierstock mit Tube in einer Inguinalhernie bei einem einjährigen Kinde. (Gyógyászat Jg. 65, Nr. 24, S. 570—571.) (Ungarisch.) *

Echinokokkus der weiblichen Geschlechtsorgane, Aktinomykosis.

Bussa Lay, Enrico, Di un raro caso di cisti multiloculare d'echinococco dell'ovaia a proliferazione esogena. (Osp. coloniale Regina Elena, Asmara.) (Riv. d'ostetr. e ginecol. prat. Jg. 7, Nr. 5, S. 201—206.) *
Helwig, Ferdinand C., Actinomycosis of the ovary and tube. (Dep. of pathol., univ. of Kansa med. school, Kansas city.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 502—509.) **32**, 250.
Lehmann, J. C., Über den Echinococcus cysticus des weiblichen Genitales. (Chir. Univ.-Klin., Rostock.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 8, S. 402—403.) **32**, 54.
Močan, W., Zur Kasuistik der Echinokokkuscysten des Lig. latum uteri. (Chir. Klin. Prof. Derevenko, med. Hochsch., Jekaterinoslav.) (Jekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 230—239.) (Russisch.) *

Geschwülste der weiblichen Geschlechtsorgane.

Andler, R., Eine durch Appendicitis infizierte Hydrocele muliebris, eine Brucheinklemmung vortäuschend. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 22, S. 1171—1173.) **32**, 381.

Arlotta, Michele, Ciste vaginale fistolizzata nell'uretra complicante la gravidanza. (Riv. d'ostetr. e ginecol. prat. Jg. 7, Nr. 12, S. 521—531.)

Beiträge zu Problemen der Gynäkologie und des Carcinoms. Festschrift zum 70. Geburtstag und 50jährigen Doktorjubiläum von Hofrat Dr. A. Theilhaber in München (Berlin: C. F. Pilger & Co. 1925. 205 S. RM. 5.—.) **32**, 54

Bertone, Guido, Tumore teratoide dell'ovaio contenente tessuto cordale. (Sez. chir. osp. Mauriziano Umberto I, ed istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **18**, S. 607—613.) **34**, 861

Bienenfeld, Bianca, Zur Klinik der Vaginalcysten. (Wien. med. Wochenschr. Jg. 75, Nr. 22, S. 1268—1274.) **33**, 833

Bohnen, Paul, Ein paravaginal entwickeltes Rankenneurom. (Univ.-Frauenklin., Kiel.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. **71**, H. 1/2, S. 51—57.) **35**, 594

Bungart, J., Zur Frage der endometrioiden Epithelheterotopien und besonders der Entstehung der sog. „extraperitonealen" Wucherungen dieser Art. (Dreifaltigkeitskrankenh., Köln-Braunsfeld.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **187**, H. 3/4, S. 719 bis 730.) **35**, 677

Caylor, Harold D., Sarcoma associated with ovarian fibroma. (Sect. on surg. pathol. Mayo clin., Rochester.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 3, S. 674—678.)

Cignozzi, Oreste, Le cisti ovariche mucoidi e le loro complicazioni. Studio anatomo-clinico-operativo. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 7, S. 321—361.)

Cotte, Gaston, Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 2, S. 173—189.)

De Bella, E., Cisti della vulva e cisti vaginale. (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Messina.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. **8**, H. 4, S. 393—410.)

Delporte, F., Le traitement radiochirurgical des épithéliomas de la vulve. (Cancer Jg. **2**, Nr. 2, S. 61—75.)

Goodman, Charles, Fibroid of ovary: Renal calculi: Diverticulum of bladder. Abdominal cases: Splenectomy for thrombo cytopenic purpura: Case of gas bacillus of the Welch type, following an automobile injury: Perisympathectomy: Paralysis agitans. (Internat. clin. Bd. **2**, Ser. 35, S. 237—247.)

Gordon, Onslow A., Teratomata, ovarian and retroperitoneal. (Laborat., Carson C. Peck mem. hosp., Brooklyn.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 4, S. 399 bis 403.) **34**, 383

Hollmann, W., Über das Vorkommen von Uterusschleimhaut in der Leistenbeuge. Beitrag zur Theorie der Entstehung der heterotopen endometrioiden Wucherungen (Städt. Krankenanst., Barmen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 84 bis 95.) **34**, 804

Kosinskij, B. A., Elephantiasis vulvae. (Gynäkol. Klin. d. Inst. z. Fortbild. v. Ärzten. Prof. Kiparsky, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i zenskich boleznej Bd. **36**, H. 3, S. 258—267.) (Russisch.)

Kotzareff, A., Naevocarcinome de la région fessière droite et grossesse de sept mois. Exstirpation de la tumeur. Injections intraveineuses d'auto-sérum chargé de 55 millicuries d'émanation de radium. Guérison clinique 3 ans après. (Bull. de l'assoc. franç. pour l'étude du cancer Bd. **14**, Nr. 7, S. 388—398.)

Kunina, W. L., Fibromyoma lig. lati. (Gynäkol. Klin., Inst. z. Fortbild. v. Ärzten. Vorstand Prof. Kiparsky, Leningrad.) (Žurnal akušerstva i zenskich boleznej Bd. **36**, H. 3, S. 312—314.) (Russisch.) **35**, 298

Kunz, Hubert, Seltene intraabdominale Blutungen. (Krankenanst. Rudolfsstift. Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 8, S. 222—223.) **31**, 775

Magnani, Leone, Tumori intralegamentari primitivi e tumori retroperitoneali. (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Firenze.) (Riv. ital. di ginecol. Bd. **8**, H. 5, S. 571—607.) **33**. 273

Martin, Joseph-F., P. Convert et J. Dechaume, Coexistence d'un myome pédiculé de l'estomac et d'un myome de l'utérus chez une tuberculeuse pulmonaire ancienne. Considérations anatomo-pathologiques. (Laborat. d'anat. pathol., fac. de méd., Lyon.) (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 3, S. 293—298.) **33**, 277

Massazza, Mario, I sarcomi ovarici. (Istit. ostetr.-ginecol., univ., Milano.) (Ann. di ostetr. e ginecol. Jg. **47**, Nr. 6, S. 469—507.)

Miles, Lee M., Vaginal cysts. (Dep. of obstetr. a. gynecol., Union med. coll., Peking.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 3, S. 381—386.)

Molinari, José F., Julio Iribarne und Nicolás Capizzano, Krebs der weiblichen Genitalien und der Mamma. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **11**, Nr. 121, S. 189 bis 207.) (Spanisch.) **34**. 861

Netzer, Fritz, Über Sarkom der Vulva. (Univ.-Frauenklin., Jena.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. **49**, Nr. 8, S. 413—415.)

Pavlova, S., Ein Fall von Elephantiasis vulvae. (Frauenklin., med. Hochsch., Leningrad, Prof. K. K. Skrobanskij.) (Festschr. z. 25jährigen Amtsjubiläum v. Prof. L. L. Okinčitz, Leningrad 1924, S. 56—568.) (Russisch.) 37, 376.

Petrossjanz, Ch. A., Ein Fall von Ovarialsarkom bei einem dreijährigen Mädchen. (Kinderhosp., Rosa Luxemburg, Taschkent, Chef: S. E. Wolkenstein.) (Trudy detskoj kliniki Ssredne-asiatskowo gossudars swennowo Universiteta 1924—1925 Bd. 1, H. 1, S. 70—72.) (Russisch.) *

Povolotzkaja-Vedenskaja, E. I., Postoperativer Ileus nach Totalexstirpation bei Fibromyom der Gebärmutter. (Russkij gynecologičeskij vestnik Bd. 2, S. 155—162.) (Russisch.) 36, 318.

Princeteau, René, Cancer du col à début polypeux. (Serv. de clin. gynécol., univ., Bordeaux.) (Paris méd. Jg. 15, Nr. 25, S. 555—556.) *

Rappoport, F. G., Ein Fall von Ruptur einer stielgedrehten teleangiektatischen Ovarialcyste. (Chir. Frauen-Abt., Obuchov-Krankenh., Chefarzt Lavrov, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 14, S. 126—130.) (Russisch.) 35, 594.

Ritter, Henry H., and Paul Klemperer, Elephantiasis vulvae: Report of a sporadic case. (Post-graduate med. school a. hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 1, S. 9—10.) *

Rodziński, Ryszard, Zwei seltene Neubildungen der Bauchhöhle. (Klin. chir., univ., Lwów.) (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 34, S. 761—763.) (Polnisch.) 33, 314.

Sacerdote, Gabriele, Su un caso di tumore di Krubenberg. (Istit. di patol. gen., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 614—628.) *

Săvescu, V., Primäre Uteruscysten. (Rev. ştiinţelor med. Jg. 14, Nr. 5, S. 434—441.) (Rumänisch.) *

Seidler, M., Cystadenoma der großen Schamlippen embryonalen Ursprungs. (Frauenklin. u. anat.-pathol. Univ.-Inst., Lemberg.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 28, S. 1569—1575.) *

Seitz, A., Die primären angioplastischen Geschwülste der Vagina bei der Erwachsenen. (Univ.-Frauenklin., Gießen.) (Arch. f. Gynäkol. Bd. 126, H. 2/3, S. 488 bis 495.) 37, 377.

Serafini, Giuseppe, La diagnosi precoce del carcinoma dei genitali esterni. (Osp. magg. di S. Giovanni Battisto e d. città, Torino.) (Minerva med. Jg. 5, Nr. 35 bis S. 71—75.) 37, 212.

Steichele, Hermann, Über die heterotopen endometrioiden Wucherungen (Fibroadenomatosis). (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 50, S. 2141—2142.) 34, 861.

Tauber, Robert, Ein Melanosarkom der Vulva und ein Hamartoma angiofibrosum des Uterus. (Rotschildspit., Wien.) (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. Bd. 71, H. 1/2, S. 95—100.) *

Teodorescu, George, Riesige Elephantiasis der Vulva. (Gynecol. si obstetr. Bd. 3, Nr. 9—10, S. 24—26.) (Rumänisch.) *

Gliedmaßen.

Allgemeines.

Aichel, Otto, Über die Wirkung der Ligamenta collateralia nebst Bemerkungen über die sog. Schnappgelenke. (Anthropol. Inst., Univ. Kiel.) (Zeitschr. f. d. ges. Anat., Abt. 1: Zeitschr. f. Anat. u. Entwicklungsgesch. Bd. 76, H. 1/3, S. 1 bis 15.) 32, 118.

Augé, A. J., Technique des mensurations de longueur de circonférence et d'angles portant sur les membres au point de vue du diagnostic et des expertises médico-légales. (Arch. de méd. et pharm. milit. Bd. 83, Nr. 3, S. 454—459.) *

Blake, Joseph A., The treatment of acute pyogenic joint infections. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 4, S. 81—83.) *

Franceries, Jean, Les différentes formations cartilagineuses de l'épiphyse jeune. Leur rôle dans l'accroissement de l'os. (Clin. chir. infant. et d'orthop. et laborat. d'histol., univ., Alger.) (Lyon chir. Bd. 22, Nr. 6, S. 805—822.) 35, 182.

Harris, R. I., Acute suppurative arthritis in children. (Hosp. f. sick children, Toronto.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 849—872.) 34, 117.

Hirsch, L., Ein Beitrag zur Frage der Schmerzempfindlichkeit der Extremitätengefäße. (Verhandl. d. physikal.-med. Ges., Würzburg Bd. 50, Nr. 6, S. 250—255.) 38, 511.

Kljačman, M., Über bösartige Geschwülste der Extremitäten. (Verhandl. d. 16. russ. Chir.-Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 301—303.) (Russisch.) **35**, 777.
Vignoli, J., Le cartilage de conjugaison. Anatomie et physiologie normale et pathologique. (Clin. chir. infantile, école de méd., Marseille.) (Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2048, S. 3419—3424.) **34**, 116.

Obere Gliedmaßen.

Übersichtsreferat.

Von

Brüning, Gießen.

Allgemeines.

Über das Gebiet der Geburtslähmungen sind eine Reihe von Arbeiten erschienen. So berichtet Boorstein über 64 Fälle, unter denen 40 Knaben und 24 Mädchen waren. Der Erbsche Typ (Lähmung im Gebiet des Nerv. suprascapularis und Nerv. cerv. V und VI) war 30mal vertreten, der Klumpskysche Typ (Lähmung Nerv. cerv. VIII und Dors. I) 31mal. Nur 17mal handelte es sich um normale Entbindung, während 55mal eine Scheitellage bestand. Die Lähmungen nach dem Erbschen Typ gehen gewöhnlich zurück, während bei Lähmungen des ganzen Armes oder nur des Vorderarmes, wobei sich oft auch noch Sensibilitätsstörungen finden, Muskelatrophien bestehen bleiben. Die Behandlung soll in einer Schienung für 3 Wochen bestehen, danach Massage, aber kein Elektrisieren. Wenn nach 8 Monaten keine Heilung erreicht ist, soll man den Plexus freilegen. Daß bei den Entbindungslähmungen immer die Nervenverletzung das Primäre ist, folgert Valentin aus der Sektion eines doppelseitig befallenen Kindes. Flade dagegen vertritt den Standpunkt, daß eine Epiphysenlösung am Humerus vorliege. Der Verband muß daher in Abduktion und Außenrotation des Oberarms angelegt werden. Ist dieses versäumt worden und steht der Arm in Innenrotation, so sucht Kleinberg dies dadurch zu korrigieren, daß er nach Freilegung der Gelenkkapsel diese löst und so wiederannäht, daß ihr äußerer Teil an die Innenseite des Humerushalses kommt und ihr innerer Teil an die Außenseite. Guilmour fand unter 25 Entbindungslähmungen 23mal den Erbschen Typ vertreten. Die Entstehungsursache ist immer in einem Zug am Arm zu suchen, wodurch die Wurzel Cerv. V abreißt. Er unterscheidet drei verschiedene Formen: 1. Arm einwärts gedreht, Ellbogen gestreckt, aktiv nicht beugungsfähig, Hand pro- oder supiniert; 2. = 1., dazu noch große Reizbarkeit der Muskeln; 3. zunehmende Contracturen und Deformitäten. Starke Innenrotation und Flexion des Ellbogens, Pronation des Vorderarms. Dieses ist die ungünstigste Form, da zu ihr häufig noch andere Deformierungen hinzukommen, wie Schulterluxation.

Die Frage über die Entstehung der Volkmannschen ischämischen Contractur gibt immer noch Anlaß zu Diskussionen. Interessant ist die Beobachtung Narios, der nach Unterbindung der Art. und Vena axillaris, als nach einigen Tagen sich durch Kollateralen der Kreislauf wieder herstellte, eine Contractur der Muskeln eintreten sah. Er sieht in der Gefäßschädigung das Wichtigste, die langsame Bildung eines Kollateralkreislaufes ist das Schädliche. Nerven und Sympathicus spielen dabei keine Rolle. Jorge empfiehlt bei frischen Fällen, den Arm vertikal zu elevieren, damit das Blut nur langsam einfließen kann. Bei älteren Fällen reseziert er Stücke aus den beiden Vorderarmknochen; besteht bei alten Leuten die Gefahr der Nichtkonsolidierung, so zieht er die Resektion eines Stückes des Karpus vor. Käfer entfernt beide Reihen der Karpalknochen, mit Ausnahme des Hamulus, des Multangulum majus und des Pesiforme. Einen chirurgischen Gipsverband am Arm verwirft er; er empfiehlt statt dessen eine dorsale Gipsschiene. Jensen und Massabuau konnten ischämische Contracturen mittels des Mommsenschen Quengelverfahrens heilen. Ein der Volkmannschen Kontraktur ähnliches Krankheitsbild

sah Peremanns erstens: nach einem zirkulären Gipsverband. Bei der Operation fanden sich keine Nervenveränderungen, wohl aber eine abgeplattete Art. axil. Resektion und Gefäßnaht ohne Erfolg. Zweitens: nach einem Absceß des Armes. Eine Sehnenverlängerung war erfolglos, durch Resektion des Radius und der Ulna Heilung. Bei einer spastischen Vorderarmcontractur legte Wreden im Sulc. bic. int. die drei großen Nerven frei und schnitt aus jedem ein 5 mm langes Stück in halber Nervenbreite heraus. Bei einem Spasmus in der Vorderarmmuskulatur legte Burchard den Nerv. uln. und med. nach oben unter die Haut, damit sie dadurch dauernd abgekühlt würden. Dort kann man sie auch noch durch Abschnürung mit einem Gummischlauch schwächen (Baeyersche Henkeloperation).

Wenn nach einer operierten Nervenverletzung die Leitfähigkeit sehr schnell wieder eintritt, so ist immer an Nervenanastomosen zu denken. Turbin berichtet über drei solche Fälle, in denen Anastomosen bestanden: 1. Zwischen Medianus und Ulnaris; 2. zwischen Medianus und Musculocutaneus; 3. Medianus und Nerv. cutaneus anbetrachii med. Auch Schwab berichtet über eine solche Anastomose zwischen Medianus und Musculocutaneus. Trotz Verletzung des Ulnaris und Medianus blieb die Sensibilität und die Funktion des Musc. pronat. teres erhalten. Während bei traumatischer, frischer Radialislähmung die sofortige Nervennaht das beste ist, empfiehlt Tichonowič bei Fällen, die älter als 6 Monate sind, die Muskeltransplantation auszuführen. Es käme in Betracht der Flex. carpi uln. auf Ext. dig. com. und Ext. pol. long., dazu Verkürzung und Tenodese des Flex. pol. long. et brev., bis die Hand 25° überstreckt steht. In 23 Fällen hatte er guten Erfolg. Über einen eigenartigen Fall berichtet Pohl. Bei einer Radialislähmung wurde vor 9 Jahren die Nervennaht gemacht, ohne Erfolg. Es bestand aber auch keine Entartungsreaktion und die elektrische Erregbarkeit war erhalten. Nach Entfernung eines kleinen Narbenneuroms trat sofort volle Funktion ein. Miller und Platt sprechen über die Spätlähmungen des Nerv. uln., die noch bis 50 Jahre nach der Verletzung auftreten können. Gewöhnlich handelt es sich um einen Abriß des Cond. ext. hum., der auf den Nerven drückt. Die beste Therapie ist die Verlagerung des Nerven auf die Beugeseite oder Einmeißeln einer Knochenrinne. Kondylenfrakturen bei Kindern soll man deshalb immer nähen. Gutiérrez empfiehlt bei Zerreißung des Ulnaris, diesen nach vorn zu verlagern und dann eine Anastomose mit dem Medianus zu machen. Um den Ulnaris nach vorn zu bekommen, muß man temporär den Cond. ext. mit seinen Muskelansätzen abmeißeln. Bei einer Lähmung des Musc. deltoides verfuhr Bastos derartig, daß er den Ansatz des Teres major und des Latissimus abtrennte und höher oben in der Nähe des Humeruskopfes an der Hinterseite annähte. Dadurch war die Hebung des Armes bis zur Horizontalen möglich. Nach Perthes ist bei einer Trapeziuslähmung der obere, äußere Teil dieses Muskels der wichtigste. Er ersetzt ihn durch den Levator scapulae, den er mit einer Knochenscheibe ablöst und an der Spina scapulae in der Nähe des Akromion annäht.

Platou untersuchte 29 Invaliden mit künstlich bewegtem Arm nach Sauerbruch-Anschütz. Alle waren mit dem Resultat zufrieden. 19 beziehen denselben Arbeitslohn wie früher. Für grobe Arbeit eignet sich die Prothese nicht. Oller dagegen spricht sich gegen den Sauerbrucharm aus, so sehr er den Gedanken auch bewundert, weil bei ihm nur 20% der verfügbaren Kraft verwendet werde. Er empfiehlt den Kruckenberg-Arm.

Pichler hat 220 Fälle von Rupturen der Bicepssehne im Gelenk zusammengestellt. Es handelte sich dabei meistens um Gelenke, die durch ein Trauma oder durch die Arthritis def. verändert waren. Oftmals haben die Kranken das Trauma vergessen. Die längliche Gestalt des Muskels wandelt sich in eine rundliche, gedrungene um, die aber dasselbe funktionell leistet. Es ist deshalb gewöhnlich keine Rente notwendig.

Dittrich sah eine Ruptur der Sehne des Extens. pol. long. 4 Wochen nach einer typischen Radiusfraktur. Solche Spontanzerreißungen sind selten; sie sind aber als Unfallsfolge anzuerkennen.

Rankin berichtet über vier Fälle von Knochentransplantation, die dadurch bemerkenswert sind, daß er jedesmal die Epiphysenlinie mitgenommen hat, um so ein Wachstum des Transplantates zu erreichen. Er verwendete gewöhnlich mit Erfolg den zweiten Mittelfußknochen. Ellmer hatte die seltene Gelegenheit, ein von einem anderen Menschen überpflanztes Stück Radius nach über 15 Jahren nachzuuntersuchen. Es war nämlich zu einer Fraktur des Transplantates gekommen; die Konsolidierung blieb aus. Eine neue Transplantation brachte Heilung. Makroskopisch sah das alte Transplantatat wie normaler Knochen aus, auch mikroskopisch fand sich nichts, was man als Rest des alten Knochens hätte ansprechen können.

Die Behandlung der Schweißdrüsenabscesse macht oft große Schwierigkeiten. Rütz sah gute Resultate von der Röntgenbestrahlung, Düttmann wendete Yatren und Staphylokokkenvaccine an, Korabelnikow behandelt sie mit Einspritzungen von 20proz. Ol. teretinth. rect. in Ol. oliv.: zuerst jeden zweiten Tag 0,4—0,6 ccm in die Glutäen, später täglich. Eiter wird mit Spritze abgesaugt. Die Achselhöhle soll täglich zweimal mit 10proz. Formalinlösung gewaschen werden.

Als Interpositionsmaterial bei Gelenkplastiken wendet Kuazozowičky Netz an.

Sarkome der Sehnenscheiden sind nach Romiti gutartig. Unter 44 Fällen sah Manheimer eine Tendovaginitis 38mal an den oberen Extremitäten. Befallen werden immer die Muskeln, die lange eine gleichförmige Arbeit ausführen müssen. 33% der Patienten waren Schreiner. Während Kalkablagerungen in der Bursa subacromialis bekannt und nicht so selten ist, beobachtete Cohen einen Fall an der Hand eines jungen Mädchens nach einem Sturz auf die Hand. Es trat im Röntgenbild am Ansatz der Sehne des Flex. carpi uln. am Pisiforme ein Schatten auf, der aber nach 8 Tagen wieder geschwunden war. Da hier auch ein Schleimbeutel vorkommt, kann es sich auch um Kalkablagerung in diesen gehandelt haben. Teplitz schildert eine starke Venenentwicklung am Vorderarm und auf der Hand eines jungen Mädchens, die nicht als Varicen, sondern als Angiome anzusprechen waren. Eigenartigerweise fand sich auch in den Sehnenscheiden Blut. Gussynin sah bei einem 7jährigen Knaben allein durch Überanstrengung des Armes einen Riß der Art. axillaris und eine Abreißung des Plexus eintreten. Die Cyanose des Armes ging langsam zurück. Die motorische und sensible Lähmung blieb bestehen auch nach der Naht des Plexus. Es bestand kein Unterschied im Temperatursinn. Zwei ähnliche Fälle sah Barré. Nach einer ruckartigen Anstrengung des Armes traten heftige Schmerzen auf, nach einigen Stunden kamen Zirkulationsstörungen hinzu, Ödem, Cyanose, Schwellung des Armes. Nach einigen Wochen gingen alle Symptome zurück. Der Knochen war auf dem Röntgenbild atrophisch. Es bestand im Muskel Entartungsreaktion, die aber später auch zurückging. Verf. nimmt Einrisse in kleine Gefäße und eine Thrombophlebitis an. Heilung ohne Therapie. In einem anderen Falle trat nach der Sympathektomie Heilung ein.

Alonzo macht im Anschluß an drei Mißbildungen (zweimal Fehlen des Radius, einmal der Ulna) darauf aufmerksam, daß man sich diese Bildungsfehler durch endokrine Störungen erklären müsse.

Schulterblatt.

Der größte Teil der Arbeiten der letzten beiden Jahre befaßt sich mit dem Hochstand der Scapula. In den verschiedenen Schilderungen beobachteter Fälle wird besonders darauf hingewiesen, daß sich immer noch andere Entwicklungsstörungen finden. Niederle spricht von einer regionären Störung in der vertebro-scapularen Region in den ersten Monaten des Embryonallebens. Wolf bestätigt auf Grund anatomischer Untersuchungen die Kirmissonsche Ansicht, daß die Scapula ursprünglich höher angelegt sei, und einen Descensus durchmache. In der fünften Embryonalwoche liegt das Schulterblatt am 4. bis 5. Cervicalsegment. Die angenommene Entwicklungsstörung muß also in den zweiten Monat gelegt werden. Als begleitende Mißbildungen fand Cunha Spina

bifida ant. und post., Keilwirbel, Fehlen von Bandscheiben, Schlüsselbeinverkürzung, Fehlen von Rippen. Als ätiologisches Moment kommt Lues oder eine intrauterine Poliomyelitis in Frage. Da Schwahn bei einem doppelseitigen Schulterblatthochstand Nystagmus, Strabismus converg. paralyticus fand, so glaubt er an eine Beteiligung des zentralen Nervensystems. In seinem Falle waren die Bogen aller Halswirbel miteinander verwachsen und dann in der Mitte gespalten. Spaltbildung in der Lendenwirbelsäule und im Kreuzbein neben einer Asymmetrie im 7. Hals- und Brustwirbel sah Havránek. Er lehnt die Königsche Operation wegen der Gefahr der Plexuslähmung ab und bevorzugt die Modifikation nach Chlumsky. Letzterer aber schildert zwei von ihm selbst operierte Fälle, in denen es nach Fixierung des vertebralen Scapularrandes an der 5. bzw. 8. Rippe zu einer nur langsam zurückgehenden Lähmung kam. Der funktionelle und kosmetische Erfolg war gut, trotzdem die Scapula wieder beweglich wurden. Bei einem 11 jährigen Knaben mit Schulterblatthochstand sah Ely zwischen dem oberen Scapularand und dem 6. und 7. Halswirbel eine knöcherne Verbindung, die, wie sich bei der Operation zeigte, am Schulterblatt ein Gelenk hatte. Maffei, der über fünf Fälle berichtet, und der immer noch andere Mißbildungen, wie Rippenbuckel, fand, empfiehlt zur Behandlung nur orthopädische Übungen. Greig teilt die Fälle von Schulterblatthochstand in folgende Formen ein: 1. Unkomplizierte Fälle. Es sind Trapezius, Serratus, Pectoralis major und minor geschwächt, die das Schulterblatt hebenden Muskeln verstärkt. 2. Abnorme Schulterblattanlage. Selten, bedingt gewöhnlich durch einen zum Hals ziehenden Strang. 3. Es bestehen gleichzeitig Deformierungen der Wirbelsäule. Anomalien der Rippen sind dabei das Primäre. Die Halsrippen sind aber Folge des Scapulahochstandes. Hierher gehören die doppelseitigen Fälle mit kurzem Hals und mangelhafter Segmentierung der Halswirbelsäule, mit Spina bifida. 4. Asymmetrien der Scapula selbst. Es soll nur operiert werden, wenn Verwachsungen mit den Halswirbeln bestehen.

Mau schildert bei einem einjährigen Kinde das Fehlen eines beweglichen Halses. Der Kopf war nach rechts geneigt und etwas nach links gedreht, es bestand eine Scoliosis capitis, eine Abducensparese, Schu terblatthochstand, die Haargrenze reichte bis zu den Brustwirbeln. An der Stelle der Halswirbel fühlt man eine Knochenleiste, es bestand eine Spina bif. ant. und post. Die Halswirbel waren zu zwei festen Säulen zusammen gewachsen.

Über die Scapula scaphoides hat Frey eingehende Untersuchungen angestellt. Er fand sie bei ca. 60% aller Menschen, besonders bei kräftig arbeitenden Männern. Sie soll dadurch entstehen, daß durch Arbeit der Musc. infraspinatus gekräftigt wird, besonders wenn große Exkursionen des Armes im Schultergelenk ausgeführt werden. Greift dann noch der Musc. rhomboideus major kräftig am unteren Schulterblattwinkel an, während höher ansetzende Muskeln atrophisch werden, so kann die Scapula gebogen werden, zumal sie erst im 25. Jahre ihre endgültige Form annimmt. Die Scap. scaphoides ist demnach kein Degenerationszeichen, sondern im Gegenteil ein Beweis der guten Anpassungsfähigkeit. Kajáva sieht in der Scap. scaph. nur eine bedeutungslose Anomalie, die in Gemeinschaft mit der Atrophie der angrenzenden Muskeln getroffen wird. Es besteht kein Zusammenhang mit Lues. Drei Fälle von Lähmung der Schulterblattmuskeln und dadurch bewirktem Herabsinken und Schlottern der Scapula belegt Mauclaire mit dem Namen tanzende Scapula. Einmal fixierte er das Schulterblatt durch eine Bandage, in einem doppelseitigen Fall verband er die beiden inneren Ränder der Scapula durch einen Tibiaspan und einen Bronzedraht. Es gab ein gutes Resultat. Interessant ist die Beobachtung von Muck. Nach der Unterbindung des Sinus sigm. der einen Seite wurde die andere Schulter gehoben. Untersuchungen zeigten, daß hierdurch das Lumen der Vena jugularis und subclavia erweitert wurde, daß also bessere Abflußbedingungen für das Blut des Gehirns geschaffen wurden.

Schlüsselbein.

Am sternalen Ende des Schlüsselbeins sah Friedrich eine Veränderung analog der Perthesschen Erkrankung. Es fanden sich aseptische Nekrosen des Knochens, die durch ein chronisches Trauma entstanden sein sollen. Es handelte sich um einen Lastträger und einen Studenten, der viel gefochten hatte. Für tuberkulöse oder syphilitische Entzündungen des Knochenmarks der Clavicula hält Viola einen Schmerz in der betreffenden Schulter für charakteristisch. Er soll durch den Druck des entzündlichen Tumors auf den Plexus bedingt sein.

Schultergelenk.

Mit der Periarthritis humero-scapularis beschäftigen sich viele Arbeiten. Brickner schließt sich an das von Duplay aufgestellte Krankheitsbild an, doch macht er darauf aufmerksam, daß man genau unterscheiden müsse, ob nicht eine Arthritis vorliege. Man soll dies daran erkennen, daß bei Bewegungen das Schulterblatt mitgeht. Das Röntgenbild ist sehr wichtig. Es zeigt manchmal Kalkschatten in der Bursa subdelt. und subcoracoidea oder am Ansatz der Sehne des Musc. supraspinatus. Die Ätiologie kann toxisch, infektiös oder traumatisch sein; letzteres ist wohl am häufigsten der Fall, wenn der Patient sich auch an eine Verletzung nicht immer mehr erinnern kann. Es kommt zur Atrophie der Schultermuskeln. Die Innenrotation und seitliche Hebung sind gewöhnlich am meisten behindert, die Pendelbewegung bleibt lange frei. Manche akute Formen sind sehr schmerzhaft. Man behandelt sie mit feuchten Umschlägen und leichter Massage. Bei den chronischen Formen hat sich Diathermie, heiße Luft und Massage bewährt. Franke sah dies Leiden schon bei 7 Monate alten Kindern bis zum 76. Jahre. Besonders schmerzhaft ist das Liegen auf der kranken Seite, die seitliche Elevation des Armes und die Innenrotation bei nach hinten gestrecktem Arm. Oft fand er Druckpunkte im Verlauf der Armnerven und am Proc. corac. Auf Grund von 145 Beobachtungen schließt er sich nicht der Duplayschen Ansicht an, sondern glaubt das Leiden immer auf Influenza zurückführen zu müssen. Wahrscheinlich erkranken zuerst die Schleimbeutel, von denen aus die Entzündung ins Gewebe fortschreitet. Kalkablagerungen sind sekundär und ohne Bedeutung. In der Behandlung müssen Salicylpräparate vorherrschen, feuchte Umschläge und sehr vorsichtige Massage. Ist in 6 Wochen keine Besserung zu erzielen, so muß die Schulter in Narkose mobilisiert werden. Nicolis erklärt die Schmerzen gerade durch die Kalkablagerungen in der Bursa subacrom. Unter 300 Fällen fand Grossmann in der Mehrzahl Frauen. War die Bursa subdelt. hauptsächlich befallen, so war die Obduktion behindert, war die Bursa subacrom. erkrankt so machte die Erhebung nach vorn Schmerzen. Die Behandlung hat in feuchten Umschlägen und häufigen Stellungsänderungen zu bestehen. Bei festen Adhäsionen muß eine Mobilisierung vorgenommen werden. Carnett will die Unterscheidung einer Bursa subacrom. von einer subdeltoidea aufheben; es gibt nur eine Bursa, die sich nur verschieden weit erstrecken kann. Bei Verkalkung tritt er für Freilegung und Ausräumung ein. Als Ursache des Leidens nimmt er ein Trauma an, das den Ansatz der Sehne des Musc. supraspinatus trifft; selten ist die Bursa verletzt. Stern fand in drei Fällen, daß die Schatten im Röntgenbild unter dem Humeruskopf nicht immer Kalkablagerungen sind, sondern daß es sich um abgesprengte Stücke metamorphosierten Fettgewebes handelte. Schulhof nimmt an, daß bei der Bewegungsbeschränkung Schrumpfungen in den Verstärkungsbändern des Schultergelenks vorliegen, die durch ein Trauma, durch Toxine oder Infektionen hervorgerufen werden. Da die Schulter von allen Gelenken am leichtesten geschont und ruhig gehalten werden kann, so kommt es hier am leichtesten zur Schrumpfung. Die Therapie muß daher in einer gewaltsamen Dehnung bestehen. Eisenberg, der 30 Jahre nach einem Trauma auf dem Röntgenbild eine Arthritis def. der Schulter konstatieren konnte und dunkle Schatten subcapsulär medial der Gelenkpfanne sah, glaubt diese als verkalkte tuberkulöse Drüsen deuten zu

müssen. Interessant für diese ganzen Fragen sind die anatomischen Untersuchungen von Schulhof, der verschiedene Typen der Schleimbeutel und Recessusbildung unterscheiden konnte. 1. Kein Schleimbeutel kommuniziert mit der Gelenkhöhle; 2. eine Bursa subscap. steht mit dem Gelenk in Verbindung, dabei liegt immer ein Teil der Sehne des Musc. subscap. im Schleimbeutel; 3. statt einer Bursa subscap. gibt es zwei durch eine Scheidewand getrennte; 4. Recessus subcoracoideus, der manchmal mit der Bursa subscap. Verbindung hat.

Asplund bespricht neun Fälle von Arthrodese des Schultergelenks wegen Deltoideslähmung, die er nach 10 Jahren nachuntersuchen konnte. Acht hatten ein gutes funktionelles Resultat, aber nur vier zeigten eine knöcherne Vereinigung. Man soll möglichst schon kleine Kinder operieren, da diese die lange Fixierung am besten aushalten. Diese muß mindestens 6 Monate bestehen, eine knöcherne Vereinigung tritt erst nach einem Jahre ein. Fixierung des Armes in 80—90° Abduktion und leichter Außenrotation. Auch Albee tritt für die Fixierung in Außenrotation ein. Um diese bei der Erbschen Lähmung zu erreichen, meißelt er den Humerus unter dem Ansatz des Deltoides durch und dreht das untere Fragment nach außen. Rocher dagegen bevorzugt 45° Einwärtsdrehung, 30—40° Flexion und 70° Abduktion. Die Arthrodese soll nicht vor dem 6. Jahre ausgeführt werden. Eine Sicherung durch Knochenbolzung verwirft er; man kann dagegen einen Knochenperiostlappen über den Gelenkspalt legen.

Für Schultergelenkstuberkulosen ohne Abscesse bei Patienten über 18 Jahren empfiehlt Schulhof die Báronsche extrakapsuläre Humerusdurchmeißelung und Einpflanzung des Schaftes in die Scapula. Dadurch wird der Krankheitsherd am besten ruhig gestellt und der Arm kann andererseits am frühesten wieder bewegt werden.

Im Anschluß an einen schweren Fall spricht Cochrane über die hängende, runde Schulter. Es handelt sich immer um Kinder, die noch andere Zeichen der Schwäche haben. Von Bedeutung ist der Druck der Kleiderträger auf den äußeren Teilen der Schulter. Da das weiche Schulterblatt ganz nach vorn gebogen sein kann, so kann es auch auf den Rippen reiben. Es kommt die operative Entfernung des oberen Teiles der Scapula in Frage. In leichten Fällen läßt man den Patienten mit einem Kissen zwischen den Schulterblättern liegen, während er die Hände im Nacken gefaltet hat. Wilson empfiehlt in den schweren Fällen, wo durch den nach vorn hängenden Schultergürtel ein Druck auf die Armnerven ausgeübt wird, einen Geradehalter zu geben, der die Schultern nach hinten zieht. Über die Entstehung der Thrombose in der Vena axillaris nach großen Anstrengungen sind die Untersuchungen noch nicht abgeschlossen. Löwenstein hat deshalb Leichenuntersuchungen vorgenommen. Er glaubt, daß bei Abduktion und Rotation des Armes ein Druck auf die Vene ausgeübt wird durch den freien Rand der Membrana costocoracoidea, die sich zwischen der ersten Rippe und dem Musc. subclavius ausspannt, als Fortsetzung der Fascie des Musc. pect. minor. Es kommt zu Endothelschädigungen und dann zur Thrombose.

Oberarm.

Bergmann schildert die Epicondylitis am Condylus externus humeri als ein Leiden, das bei Frauen dreimal häufiger auftritt als bei Männern. Der Schmerz strahlt vom Condylus manchmal in den Vorderarm, ja sogar bis in die Finger aus. Das Röntgenbild zeigt bei etwas älteren Fällen die Zeichen einer Periostitis, die sich auch in operierten Fällen nachweisen ließen. Auch die umgebende Muskulatur wies entzündliche Veränderungen auf. Die Ursache ist in einem chronischen Trauma zu suchen, wodurch Muskel und Bänder besonders beansprucht wurden. Nur ganz wenige Fälle sind durch rheumatische Infektion (Franke) zu erklären. Die Behandlung hat in Ruhe und Diathermie zu bestehen. Die operierten Fälle heilten ebenfalls, doch wird nicht zur Operation geraten. Carter, der dieselben Anschauungen vertritt, fand bei der operativen Freilegung keinen pathologischen Befund. Er sieht in starken Pro- und Supinations-

bewegungen ein wichtiges ätiologisches Moment. Eine Epicondylitis am inneren Condylus sah Wachendorf bei einer 75jährigen Frau. Auf dem Röntgenbild sah man in ihm eine Knochenaufhellung, die er als Druckatrophie auffaßt. Die Frau hatte sich viel auf den Ellbogen gestützt, da sie an einer Spondylitis lumb. IV litt.

Muskelrisse des Biceps geben im allgemeinen keinen Funktionsausfall, nur sind alle Bewegungen etwas schwächer. Der Riß kann nach kleinen Gewalten auftreten, wie Mason bei einer Frau zeigen konnte, bei der es im unteren Drittel durch den Stoß einer Stuhllehne zur Ruptur gekommen war. Bei der Operation fand sich kein Hämatom, sondern die Muskelfasern waren glatt auseinander gewichen.

Echinokokkencysten entwickeln sich gern im Humerusschaft. Sie machen keine Symptome, sondern werden oft erst beim Eintritt einer Spontanfraktur gefunden. Der Bruch ist schmerzlos; er zeigt keine Krepitation. Die Heilungsaussicht ist gering, da die Mark- und Knochenfunktion ausfallen. Das Röntgenbild ist sehr charakteristisch; es läßt die einzelnen Cysten erkennen. Im Punktat findet man immer Cholesterinkrystalle, oft auch Scolices. Eosinophilie ist nach Marino nicht immer vorhanden. Es kommt nur die Operation in Frage, die in Auslöffeln der Höhle und Behandeln mit Formalin besteht.

Bei einer Kriegsverletzung des unteren Humerusendes hat Latreille dieses mit der Epiphyse subperiostal reseziert. Nach 8 Jahren bestand gute Funktion. Es hatte sich eine neue Epiphyse gebildet mit Trochlea und einem Condylus. Durch die funktionelle Anpassung kann sich ein besserer Knochen bilden, wenn man das Periost erhält.

Ellbogengelenk.

Mit dem sogenannten Tennisellbogen beschäftigen sich zwei Arbeiten. Ochsenius sah einen seit 27 Jahren bestehenden, immer wieder rezidivierenden Fall. Es bestand eine Arthritis im Radio-Humeralgelenk mit Gelenkbandzerreißung und Periostschädigung. Jede Therapie hatte versagt. Rosenberg schildert einen Fall, wo während des Tennisspielens plötzlich ein heftiger Schmerz im Vorderarm auftrat, der jedes weitere Spielen unmöglich machte. Nach einem Jahre bildete sich im Musc. ext. carpi rad. eine Delle, die Rosenberg dadurch erklärt, daß die chronisch entzündete Muskelsubstanz von der Sehne abglitt.

Von Mißbildungen im Ellbogengelenk schildert Bolk einen Spalt im unteren Humerusende, der die Trochlea in eine größere mediale und kleinere laterale Hälfte teilte. Es war nicht zur Verschmelzung der beiden Knochenkerne gekommen. Klippel berichtet über ein vollständiges Fehlen der Ulna, was an sich selten ist, da gewöhnlich eine Andeutung von ihr vorhanden zu sein pflegt. Es war ferner nur der Daumen gut ausgebildet, die Finger fehlten bis auf den verkümmerten fünften. Andere Mißbildungen fehlten, wie es bei Ulnadefekten immer der Fall zu sein pflegt, im Gegensatz zum Radiusdefekt, der nie allein vorkommt. Pircard sah bei einem 5jährigen Knaben ein vollständiges Fehlen des Ellbogengelenks. Es fand sich nur eine rechtwinklige Synostose zwischen Humerus und dem Radius, der allein ausgebildet war. Die Ulna war durch einen spornartigen Fortsatz am Humerus angedeutet. Drehbewegungen des Armes waren unmöglich. An der Hand war nur der Daumen und der zusammengewachsene dritte und vierte Finger vorhanden.

Bosch empfiehlt bei kurzen Vorderarmstümpfen, an die sich eine Prothese schlecht anbringen läßt, den Radius zu entfernen und seine Sehne nach oben herumzuschlagen und in sich zu vernähen. Diese Schleife kann dann als Kraftspender zur Vorderarmbewegung benutzt werden. Schirmer beschreibt vier Fälle traumatischer Osteochondritis des Ellbogengelenks. Zweimal konnte man auf dem Röntgenbild einen Defekt am Radiusköpfchen sehen. Entfernung der freien Gelenkkörper, die deutlich an der einen Seite noch den Knorpelüberzug aufwiesen und an der anderen die rauhe Bruchfläche. Verf. ist Anhänger der embolischen Erklärung. Eine Seltenheit ist der von

Turco mitgeteilte Fall eines 19jährigen Jünglings, der sich eine Radiusluxation mit Ulnafraktur zugezogen hatte. Da keine Behandlung stattgefunden hatte, war es zu einer Pseudarthrose an der Bruchstelle gekommen. Hier sowie im Ellbogengelenk hatte sich eine Arthritis def. entwickelt. Bei der Operation wurden freie Gelenkkörper entfernt, die überknorpelten Frakturstücke reseziert. Da die Interphalangealgelenke verdickt waren, vermutet Verf. eine konstitutionelle Disposition. Das Trauma ist das auslösende Moment; es führte zu Gefäßschädigung. Bei jeder Arthr. def. ist eine schlechte Durchblutung vorhanden. Guillot schließlich empfiehlt zur Eröffnung des Ellbogengelenks die temporäre Resektion des Olecranons.

Vorderarm.

Mit der radioulnaren Synostose befassen sich eine Reihe von Arbeiten, die noch neue Fälle hinzufügen. Mauchet sah selbst acht, darunter sechs Knaben. Die obere Synostose soll nach ihm die häufigere sein. Fast immer finden sich andere Mißbildungen gleichzeitig. Die knöcherne Verbindung erfolgt gewöhnlich in Pronationsstellung, an der Stelle, wo die Knochen sich kreuzen. Atrophien des Musc. pronator und supinator werden beobachtet, ebenso Knochenatrophie und Radiusverbiegung. Heredität liegt oft vor. So sah Lüdin die Synostose bei einem 75jährigen Manne, bei einem seiner zehn Kinder und bei einem Enkel. Vogeler fand die Deformität bei dem mütterlichen Großvater seines Patienten und bei einem Enkel. Greig beschreibt zwei anatomische Präparate. Es war bei ihnen die Trochlea verbreitert und asymmetrisch, das Cap. radii abgeflacht. Operative Maßnahmen werden von den meisten Autoren verworfen, da sie nicht zum Ziele führen; es fehlen oft die betreffenden Muskeln. (Giorgacopula.) Für die Anlegung einer Pseudarthrose nach dem Vorschlag Galeazzis tritt Mauchet ein. Bei den oberen Synostosen soll man das Radiusköpfchen resezieren und einen Muskellappen dazwischen legen. Le Jemtel beschreibt eine traumatische Synostose nach einer Epiphysenlösung der Ulna. Hier brachte die Lösung natürlich eine Besserung. Den vielen bekannten Fällen von Madelungscher Handgelenksdeformität fügt Moore noch zwei weitere hinzu. Er teilt die verschiedenen Formen in folgende Gruppen: 1. Einfache Hypertrophie des distalen Radius- und Ulnaendes; 2. einfache Subluxation des Handgelenks infolge Erschlaffung der Bänder; 3. Subluxation der Hand mit Veränderung der Gelenkflächen des Radius und Luxation des unteren Ulnaendes; 4. Krümmung des Radius mit Luxation der Ulna und Veränderungen in den Karpalknochen. Auf einem Röntgenbild fand er im unteren Radiusende einen Bezirk, in dem der Kalkgehalt des Knochens vermindert war. Es soll demnach eine Wachstumsstörung in der Epiphyse vorliegen. Jani, Greig, Mazzini, die ebenfalls neue Fälle veröffentlichen, sehen die Ursache der Mißbildung in einer Spätrachitis.

Anzilotti berichtet von einem 20jährigen Jüngling, der sich den linken Vorderarm prellte. Es traten nach einem Jahre Schmerzen im Arm auf. Ein Röntgenbild zeigte in den Vorderarmknochen verschiedene Aufhellungszonen, an denen der Kalk zu fehlen schien und dafür ein Bindegewebe sich entwickelt hatte. Es handelte sich um eine Art Ostitis fibrosa, die er mit der Köhlerschen Krankheit in Parallele setzt. Heilung ohne jede Therapie.

Zehn Fälle von Ruptur der Sehne des Ext. pol. long. nach einer typischen Radiusfraktur, durchschnittlich 3 Wochen bis 3 Monate nach der Verletzung geben Axhausen die Veranlassung, dies Krankheitsbild näher zu beschreiben. Über die Pathogenese ist nichts bekannt. Die Ruptur tritt bei den gewöhnlichen Verrichtungen des Lebens ein. Die Behandlung soll immer in einer Sehnennaht bestehen, die sehr straff angelegt werden muß. Nicht operierte Fälle gaben stets eine schlechte Funktion.

Eschle bespricht das bekannte Krankheitsbild der stenosierenden fibrösen Tendovaginitis am Proc. styl. radii. Es handelt sich dabei um keine ätiologisch einheitliche Erkrankung, die Symptome sind aber gleich. Die Beschwerden werden dadurch hervor-

gerufen, daß die Sehne am Gleiten auf dem Radius verhindert wird, dadurch, daß das Lumen der Sehnenscheide zu eng wird. Dies geschieht durch eine Verdickung der Scheide, die als Reaktion auf einen chronischen Reiz anzusprechen ist.

Handgelenk.

Unsere Kenntnis über die sogenannte Kienböcksche Erkrankung des Mondbeins wird durch verschiedene Mitteilungen vergrößert. Axhausen will den Namen Malacie des Os lunatum vermieden wissen und dafür Nekrose setzen. Es handelt sich nicht um eine traumatische Schädigung der Gelenkbänder und dadurch bedingten Ernährungsstörung des Knochen, die zur Fraktur führt. Auf Grund mikroskopischer Untersuchung erklärt er den Verlauf wie folgt: Es entsteht eine Totalnekrose infolge einer leicht überwundenen mykotischen Embolie, pathologische Fraktur, Abgrenzung und strukturelle Modellierung des difformen Knochens, Regeneration. Zweig schließt sich ebenfalls auf Grund mikroskopischer Untersuchung ihm an. Primär ist die Gefäßschädigung, dann kommt die Knochennekrose. Vaňa nimmt eine angeborene Anomalie der Ossifikation und des Wachstums des Knochens an, dazu kommt ein abnormer Gefäßverlauf. Infolge eines Traumas kommt es zu einem Ödem und zur Kompression der Gefäße, dadurch zur aseptischen Knochennekrose. Die konservative Behandlung nimmt wohl etwas die Schmerzen, führt aber nicht zur vollständigen Heilung. Er, wie auch Fontaine, Goldsmith und Hering treten deshalb für die operative Entfernung des Os lunatum ein. Hühne schildert zwei Fälle von Mondbeinerkrankung, die die Zeichen einer Arthritis deformans aufwiesen.

Sigmund sah drei Fälle einer Osteochondritis im Carpo-Metacarpalgelenk des Zeigefingers. Auf dem Handrücken trat erst eine schmerzhafte Schwellung auf. Auf dem Röntgenbild war der Gelenkspalt verengt, das am Mult. mi. und der Metac. III waren rarefiziert.

Heimerzheim bespricht akzessorische Handwurzelknochen, die im Gegensatz zu den überzähligen Tarsalia immer binnenständig sind. Sie sind entstanden durch die nicht erfolgte Vereinigung zweier Knochenkerne, die bei Handwurzelknochen sich oft finden. Am bekanntesten ist das Os triangulare zwischen Ulna und Lunatum; seltener ist ein Os naviculare bipartitum, sehr selten das Os centrale zwischen Naviculare, Capitatum und Multang. minus. Das Epipyramis liegt zwischen Lunatum, Triquetrum und Hamatum. Das Ulnare externum liegt dem Triquetrum auf. Das Os vesalianum entsteht aus der Nichtvereinigung der zwei Knochenkerne des Hamatum. Es kann dadurch Bedeutung gewinnen, daß es sich löst und zwischen Metacarpus V und Hamatum gerät und Gelenkstörungen hervorruft. Verwechslungen mit Frakturen lassen sich gewöhnlich leicht vermeiden. Anlässig einer Fraktur des Mult. majus sah Heimerzheimer radial neben diesem einen tränenförmigen Knochenschatten, den er für das Os paratrapecium anspricht.

Da bei der radikalen Exstirpation der Ganglien der Handwurzel leicht eine Infektion des Gelenks oder einer Sehnenscheide eintreten kann, und da sich danach in 33% Rezidive bilden, so geht Neumüller so vor, daß er die Kapsel des Ganglion durch einen Kreuzschnitt spaltet und die vier Zipfel nach außen umnäht. So kann der Inhalt resorbiert werden. Es gab nur noch 13,3% Rezidive.

Hand.

Während von den meisten Chirurgen bei Eiterungen in der Hand und an den Fingern die Klappsche Schnittführung befolgt wird, wendet sich Jassenezkij dagegen. Er empfiehlt zur Eröffnung der Sehnenscheide am Daumen einen Schnitt über das Köpfchen des Metacarpus I, am kleinen Finger Schnitt im distalen Abschnitt einer Linie, die die Mitte des Handgelenks mit der Basis des kleinen Fingers verbindet, die übrigen Scheiden im proximalen Abschnitt zwischen Art. ulnaris und Nerv. medianus. Tiefe Eiteransammlungen unter der Palmaraponeurose und unter den Sehnen werden von einem Schnitt

am radialen Rande der Palmaraponeurose entsprechend einer Linie von der Basis des Zeigefingers zur Mitte des Handgelenks freigelegt. Schiessl legt bei Handeiterungen den Schnitt immer quer in die Hautfalten. Es gibt dann keine spannende Narben. Hauck weist darauf hin, daß der Ausdruck Tendovaginitis crepitans falsch ist, denn dort, wo das Leiden aufzutreten pflegt, bestehen keine eigentlichen Sehnenscheiden. Die Untersuchung eines operierten Falles zeigte eine Entzündung im peritendinösen Gewebe. Man soll daher von einer Paratenonitis sprechen. In der Annahme, eine tuberkulose Sehnenscheidenphlemone vor sich zu haben, operierte Dietrich zweimal einen länglichen Wulst in der Hohlhand, der sich als Muskelbauch des Palmaris long. herausstellte.

Nach Combault soll man Dupuytrensche Contracturen im Beginn medico-mechanisch behandeln, bei konstitutioneller Sklerodermis mit Fibrolysin, bei Trophoneurosen mit Paraffininjektionen, bei diathetischer Genese mit Diät, bei dem häufig luetischen Ursprung antisyphilitisch. Fortschreitende Contracturen müssen operiert werden. Combault macht einen Schnitt längst des Metacarpus IV, setzt darauf einen Querschnitt vom Köpfchen des dritten zum vierten Metacarpus. Es wird dann die Fascie reseziert, die Sehne gelöst, evtl. eine Lappenplastik aus der Brusthaut gemacht. Finger, die nicht um 40% gebessert werden können, müssen amputiert werden. Silva sah die Schrumpfung der Palmaraponeurose am Daumen beginnen, dann auf den Mittel- und kleinen Finger übergreifen. Es schrumpfte auch noch die Plantarfascie und wahrscheinlich auch die Fasc. pectoralis. Da nach einer antiluetischen Kur keine Verschlimmerung mehr eintrat, wird eine syphilitische Genese angenommen.

Rocher bespricht die Klumphand. Sie kann angeboren durch ungünstige Lage im Uterus entstehen. Am häufigsten fehlt auch der Radius. Er sah einmal auch das Fehlen des Cond. ext. humeri, des Radius, des Metacarp. I und des Daumens. Dysplasien der Vorderarmmuskeln sind gewöhnlich vorhanden. Die Therapie hat in Anpassung einer Schiene zu bestehen. Bei paralytischen Klumphänden soll die Arthrodese gemacht werden. Gelenkversteifungen an Hand und Finger sollen nur langsam durch Druck und Zug beseitigt werden. Verwachsungen zwischen Sehne und Gelenkkapsel löst Bunnell stets, spannende Narben werden plastisch ersetzt. Auch die kleinsten Nerven an den Fingern müssen genäht werden. Gegenanzeigen für eine Wiederherstellungschirurgie der Hand sind: Verödete Gelenke, ischämische Contracturen und Plexuslähmungen. Heymann durchschneidet bei Versteifungen im Metacarpophalangealgelenk quer die Kapsel und verbindet in extremster Beugung.

Kortzeborn stellt die fehlende Oppositionsmöglichkeit des Daumens bei der Affenhand dadurch her, daß er durch einen feinen Fascienlappen, der vom Metacarpus I aus zur Mittelhand hinübergeschlagen wird, den Metacarpus I in Oppositionsstellung bringt.

Finger.

Über Fehlen und über Vermehrungen von Fingern sind viele Arbeiten erschienen, die alle die Erblichkeit dieser Mißbildung betonen und Beispiele anführen, wo in der vierten bis sechsten Generation solche Abweichungen beobachtet wurden. Auch andere Mißformen sind erblich. So berichtet Murphy über sechs Generationen einer Familie, in der 33% aller Mitglieder, und zwar besonders die Männer, eine von Geburt bestehende Fingercontractur aufwiesen. Eine Verschlimmerung des Leidens trat nicht ein. Elfmal bestand gleichzeitig eine Knieluxation. Elkin sah in fünf Generationen eine Ankylose der proximalen Fingergelenke, Cushing sogar in sieben Generationen mit 35% aller Mitglieder. Eine Synostose aller Interphalangealgelenke des vierten und fünften Fingers an den vier Extremitäten erklärt Stecher als ein Stehenbleiben auf einer embryonalen Stufe. Über eine ulnare Abweichung aller Finger im Grundgelenk schon in der dritten Generation berichtet Manson. Die Hand nahm dabei etwas die Form eines Hohlfußes an, der bei den beschriebenen Patienten auch noch bestand.

Für die Entstehung des schnellenden Fingers wird vielfach ein Trauma verantwortlich gemacht. Kroh sah freilich in 14 genauer beobachteten Fällen kein solches. Momberg fand bei 18 Fällen nur dreimal eine Kontusion, dreimal eine professionelle Schädigung. Die Verdickung der Sehne oder der Scheide sitzt nach Kroh immer über dem Metacarpophalangealgelenk. Helweg fand bei 413 Arthritikern 21 mal schnellende Finger. Er schließt deshalb auf einen Zusammenhang. Bei Baseballspielern sah Stephens, daß das Endglied des Mittelfingers wohl passiv, aber nicht aktiv gebeugt werden konnte. Es handelte sich dabei um einen Abriß des Ansatzes der Extensorsehne. Naht brachte sofort Heilung. Ähnlich verhält es sich in einem Fall von Weil. Ein junges Mädchen fiel auf die gespreizten Finger. Es bildete sich eine Beugecontractur des fünften Fingers aus. Bei der Beugung tritt das Köpfchen des Metacarpus V stark nach oben hervor. Bei der Operation zeigte es sich, daß die Extensorsehne der Länge nach eingerissen war und zu beiden Seiten des Köpfchens herabglitt. Dadurch entstand beim Streckversuch eine Art Knopflochmechanismus. Durch Sehnennaht kam es zur Heilung.

Geschwülste der Finger sind selten, am häufigsten kommen noch Sarkome vor. Reine Fibrome sahen Thorek und Avoni. Die Differentialdiagnose ist schwierig. Ganglien sitzen immer an der Beugeseite, gewöhnlich über dem Grundgelenk des vierten Fingers. Sonntags 14 Fälle waren Frauen.

Fleischner berichtet über einen interessanten Fall. Bei einem jungen Mädchen von 14 Jahren bildete sich plötzlich unter Schmerzen im proximalen Interphalangealgelenk eine Anschwellung und Rötung der Haut. Es kam zur Bewegungshemmung. Das Röntgenbild zeigte eine ungleichmäßige Knochendicke und Aufhellungszonen in den benachbarten Knochen. Er reiht das Krankheitsbild bei der Osteochondritis juv. (Perthes) ein.

Etwas kompliziert, aber sehr eigenartig, ist die von Bosch Arana geübte Behandlung des subungualen Hämatoms. Er bohrt mit einem zahnärztlichen Bohrer den Nagel, an zwei Stellen an, räumt das Hämatom aus und plombiert mit einer rötlichen Paste. Verschluß des Nagels durch Wachs. Iwai konnte bei der Raynaudschen Krankheit eine Autoagglutine herstellen, die in der Kälte Blutkörperchen zum Zusammenkleben bringt. Er sieht in der dadurch bedingten Verstopfung der Capillaren die Ursache der Erkrankung.

Über die beste Behandlungsart der Fingerinfektionen sind die Ansichten noch nicht geklärt. Rein statistisch teilt Seiffert mit, daß 38% seiner Fälle Dienstmädchen und Hausfrauen betraf. Die Erkrankungszahl wies im Oktober die Höchstzahl auf, im Juni und August ein Minimum. Er nimmt für den Herbst eine verminderte Resistenz des menschlichen Körpers gegen Infektionen an. Die Frage, ob früh zu inzidieren ist oder ob man konservativ verfahren soll, ist auch noch nicht geklärt. Martin wartet ab, punktiert eventuell und saugt den Eiter ab. Nur bei Infektionen des Endgliedes tritt er für die sofortige Incision ein. Posnjakov dagegen ist gegen jedes Abwarten, gegen feuchte Verbände und Stauung, da dadurch die Nekrosen nur vermehrt würden. Kanavel empfiehlt nach der Incision spätestens am dritten Tage mit Bewegungen zu beginnen. Der Verband soll in leichter Überstreckung des Handgelenks bei Beugung der Finger angelegt werden. Wittek rät, bei komplizierten Fingerverletzungen nicht zu sehr auf Erhaltung jedes Zentimeters des Fingers bedacht zu sein, sondern frühzeitig zu amputieren. Es entstehen sonst Narben und Contracturen, die den Gebrauch der Hand sehr beeinträchtigen. Ist der Streckapparat verloren gegangen, so soll man Beugesehnen verpflanzen. Ist der Daumen und der vierte oder fünfte Finger vorhanden, es fehlen aber die zwischenliegenden Finger, so soll man auch die Metacarpen fortnehmen, um eine bessere Opposition zu ermöglichen. Fehlen alle Finger, so wird die Mittelhand gespalten und dadurch zum Zugreifen geeignet gemacht. Ein fehlender Daumen soll immer plastisch ersetzt werden aus der Großzehe oder einem Rippenstück. Pustos steht auf dem Standpunkt, daß man beim zweiten bis fünften Finger den Konservativismus nicht zu weit

treiben soll, am Daumen muß man dagegen jedes Stückchen zu retten suchen, Verlorenes ist plastisch zu ersetzen. Das Daumengrundgelenk versteift nicht leicht, wohl aber die anderen Finger. Man kann dies durch quere Spaltung der dorsalen Gelenkkapsel vermeiden.

Paronychien behandelt Coues dadurch, daß er den Nagelfalz zurückschiebt und unter das Nagelbett mit Vaseline bestrichene Watte bringt; darüber kommt ein feuchter Verband, auf den stündlich Kochsalzlösung getropft wird. Deschwanden schildert eine nur bei Frauen beobachtete chronische Paronychie, die sich dadurch auszeichnet, daß der Falz um den Nagel einen roten Wall bildet. Aus dem spärlichen dünnen Sekret konnte er grampositive Bacillen züchten, die wieder Paronychien bei Meerschweinchen hervorriefen. Bestreuen mit Neosalvarsanpulver brachte Heilung. Aus dem Eiter einer Paronychie konnte Boggs eine Sporothrixart züchten. Die 60jährige Frau litt auch an einem Darmkatarrh, der ebenfalls durch Sporothrix hervorgerufen war. Die Patientin kaute immer an ihren Nägeln und hatte dadurch den Darm infiziert. Hicks fand eine Moniliaart im Paranitiumeiter. Ganz eigenartige Absichten vertritt Koslowskij über die Spina ventosa. Auf empolischem Wege soll es zu einer Diplokokkeninfektion kommen, auf die sich dann die Tuberkulose aufpflanzt. Bei Erwachsenen ist die Spina ventosa nie durch Tuberkelbacillen bedingt, sondern nur durch Diplokokken. Loeb warnt davor, bei Ärzten die Achseldrüsen bei Fingerinfektionen frühzeitig zu entfernen, da man dadurch ein Filter fortnimmt, das bei einer späteren Infektion noch einmal einen Schutz abgeben soll.

Allgemeines.

Albee, Fred H., Osteomyelitis of the arm. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 470—471.) 32, 425.

Bachrach, D., Zur Frage der chirurgischen Gewerbeerkrankungen der oberen Extremität in Tabakfabriken. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 346—349.) (Russisch.) 37, 214.

Bastos, Ein operierter Fall von Lähmung des Musculocutaneus. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. 12, S. 260—263.) (Spanisch.) 36, 351.

Baum, Leo, Über einen Fall von rechtsseitigem angeborenen Brustmuskeldefekt und Mißbildung der rechten oberen Extremität. (Chir. Univ.-Poliklin., München.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 302—305.) *

Bell, George, and Keith Inglis, Congenital tumour of left upper limb. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 14, S. 427—428.) 38, 838.

Bufalini, Maurizio, Contributo allo studio dei lipomi intramuscolari del braccio. (Interessante reperto radiologico.) (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 8, S. 373—381.) 33, 71.

Bulgakoff, B. W., Zur Kasuistik der Monstrositäten der oberen Extremitäten. (Anat. dep., govern. school of med., Cairo.) (Festschrift f. N. Trinkler, (Staatsverlag d. Ukraine, S. 222—227.) (Russisch.) 38, 187.

Caeiro, José A., Spätresultate der Naht des Nervus ulnaris und medianus. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 35, S. 495—497.) (Spanisch.) 34, 193.

Chrennikoff, W. W., Die Gelenktuberkulose der oberen Extremität. (Klin. f. chir. Tuberkul., Direktor: Doz. Kornew, Leningrad.) (Woprossy chirurgitschekawo tuberkulosa S. 53—57.) (Russisch.) 32, 854.

Fohl, Theodor, Zur Kasuistik der Späterfolge der Nervennaht durch Neurolyse. (Heilung eines Falles von seit 9 Jahren bestehender Radialislähmung.) (Krankenh. St. Georg, Leipzig.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 293 bis 299.) 34, 801.

Gilmour, John, Notes on the surgical treatment of brachial birth palsy. (Lancet Bd. 209, Nr. 14, S. 696—699.) 33, 443.

Giuntini, Leopoldo, Estiti a distanza in un caso di epifisite distruttiva multipla. (Clin. ortop., univ., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. 14, H. 5, S. 279—282.) 35, 189.

Haß, Verriegelung der Gelenke. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 301—302.) 32, 58.

Hauselt, Karl, Über traumatische Venenthrombose an der oberen Extremität. (Dissertation: Erlangen 1925. 2 S.) 38, 328.

Iwai, Seishiro, and Nin Mei-Sai, Etiology of Raynaud's disease. A prelim. report. (Med. clin., Keijo med. coll., Seoul, Korea.) (Japan med. world Bd. 5, Nr. 5, S. 119 bis 121.) 33, 493.
Kijtmanov, A., Bildungsfehler der oberen Extremität. (Inst. d. allgem. Chir., Univ. Tomsk [Prof. Opokin] u. Gouvernementkrankenh., Tomsk [Dr. Polikarpov].) (Festschrift f. Prof. Mysl', Tomsk S. 48—59.) (Russisch.) 38, 70.
Lozano, Ricardo, Lose und springende Gelenke. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4. Nr. 24, S. 551—563.) (Spanisch.) 34, 464.
MacAusland, W. Russell, and Andrew R. MacAusland, Injuries to the musculospiral nerve. (Orthop. dep., Carney hosp., Boston.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 1, S. 1—24.) 31, 409.
Peltesohn, Siegfried, Orthopädische Leiden der oberen Gliedmaßen. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 8, S. 293—296.) *
Richter, W., Ein Papillom in der Achselhöhle. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 28, S. 1158—1159.) 32, 854.
Ripert et Roederer, Comment appareiller une paralysie radiale? (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 5, S. 485—491.) 34, 387.
Rud, Einar, Brachialneuralgie infolge eines periostalen Gummas. (Univ. med. klin., rigshosp., Kjøbenhavn.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 19, S. 458—460.) (Dänisch.) 33, 254.
Rütz, A., Klinische und histologische Beobachtungen nach der Anwendung bei subkutanen und chronischen Schweißdrüsenabscessen der Achselhöhle. (Chir. Poliklin., Univ. Berlin.) (Vex med. Jg. 5, Nr. 10, S. 523—528.) (Spanisch.) *
Schwab, O., Über den Ersatz des Sensibilitätsausfalles im Medianusgebiet durch den Nervus musculocutaneus. (Wenzel-Hancke-Krankenh., Breslau.) (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie Bd. 97, H. 1/2, S. 278—283.) 33, 254.
Steindler, Arthur, Skin flap methods in the upper extremity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 512—527.) 33, 71.
Steinmann, Fr., Einige neue Operationen an oberer und unterer Extremität. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 470—474.) 32, 424.
Tichonovič, A. V., Zur operativen Behandlung der Radialislähmungen (Muskelverpflanzung). (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 704 bis 706.) (Russisch.) 35, 598.
Tichonowič, A., Beiträge zur Frage über die operative Behandlung der Radialislähmungen vermittels Muskelüberpflanzung. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Jaroslawl u. chir. Abt., Gouvern.-Krankenh., Jaroslawl, Prof. Tichonowič.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 361—382.) (Russisch.) 34, 614.
Tierny, A., et E. Laborde, Plexus cervical et brachial. (Clinique Jg. 20, Nr. 39, S. 65—67.) *
Valjaško, G. A., Über die Aponeurosen der Axillargegend. (Inst. f. operat. Chir., Krim-Univ., Prof. Valjaško.) (Medicinskij archiv pri krimskom universitete Bd. 2, Nr. 1, H. 4, S. 3—46.) (Russisch.) 35, 187.
Walter, H., Zur Behandlung der Armamputierten. (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, Nr. 2, S. 52—56.) (Spanisch.) *
Zwetowa-Chwedkewicz, Anna, Über Ganglien des Nervenstammes. (Chir. Abt., S.-O.-Bahnkrankenh., Woronesch.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 27, S. 1468 bis 1469.) 32, 634.

Allgemeines über Schultergegend.

Butler, P. F., and J. F. Elward, Common causes of shoulder pain. (X-ray dep., city hosp., Boston.) (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 6, S. 536—541.) 33, 595.
Carnett, John Berton, The calcareous deposits of so-called calcifying subacromial bursitis. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 404—421.) 33, 491.
Harris, Joseph F., Action of diathermy in calcified subdeltoid bursitis. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 15, S. 1134.) *
Kurzmann, R., Eine einfache Methode zur Schulterstauung. (Allg. Krankenh., Wien.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 52, S. 1958.) 34, 41.
Maslov, I., Über die Abreißung des Schultergürtels. (Chir. Abt., Gouvern.-Krankenh., Černigow, Dr. Maslov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 4, Nr. 28, S. 640 bis 641.) (Russisch.) 33, 838.
Muck, O., Über gewohnheitsmäßige, durch einseitige Dauerbehinderung des venösen Blutabflusses aus dem Schädelinnern bedingte Schiefhaltung des Schultergürtels. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 19, S. 771—772.) 32, 735.

Schulhof, Vilmos, Die Periarthritis humeroscapularis und ihre Therapie. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 22, S. 514—516.) (Ungarisch.) 32, 383.
Smith, Joseph F., and H. H. Christensen, Deltoid paralysis followin gshoulder injuries. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 451—453.) 33, 837.
Stern, Walter G., Metamorphosed fat deposits in subdeltoid bursitis. (Mt. Sinai a. St. John's hosp., Cleveland.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 92 bis 94.) 31, 198.
Sysganoff, A. N., Exarticulatio humeri osteoplastica. (Inst. f. operat. Chir., Univ. Kasan, Prof. Krassin.) (Kazanskij medicinskij žurnal Jg. 21, Nr. 7, S. 820—827.) (Russisch.) 35, 187.
Torraca, Luigi, Igroma bilaterale della „bursa subserrata". (Clin. chir., univ., Napoli.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 42, S. 985—990.) 33, 837.
Turbin, W., Zur Frage der Nervenanastomosen der Schultergegend. (Chir. Abt., Traumatol. Inst., Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 1, S. 37—46.) (Russisch.) 34, 192.
Wanach, Rudolf, Amputatio interscapulo-thoracica. (Esti Arst Jg. 4, Nr. 3, S. 65 bis 69.) (Estnisch.) 32, 55.
Watkins, James T., A note on a cause of protracted disabilities in the region of the shoulder. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 787—789.) 33, 622.
Wilson, James C., Droop shoulders in adults. With a report of twelve cases. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 7, S. 386—388.) 33, 761.

Schulterblatt.

Chlumský, V., Über zwei operierte Fälle von Hochstand des Schulterblattes. (Chir.-orthop. Univ.-Klin., Bratislawa.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 4, S. 401—403.) 31, 779.
Cunha, Juan, Über angeborenen Schulterhochstand. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 4, S. 307—331.) (Spanisch.) 33, 761.
Ely, Leonard W., Sprengels deformity. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 4, S. 598 bis 601.) 34, 41.
Frey, H., Scapula scaphoides und Costa X fluctuans sind keine Degenerationsmerkmale. Antwort zu den Bemerkungen von B. Aschner in Nr. 5 dieser Wochenschrift. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 13, S. 279—280.) *
Heinonen, Johannes, Beitrag zur Kenntnis der akuten hämatogenen Osteomyelitis im Schulterblatt. (Chir. Univ.-Klin., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 289—304.) 31, 408.
Hoeffel, Un cas d'ostéomyélite de l'acromion. (Clin. chir. B, fac. de méd., univ., Strasbourg.) (Strasbourg méd. Bd. 1, Nr. 22, S. 648.) *
Lepennetier, F., Fracture de l'acromion. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 5, S. 238.) 32, 350.
Mauclaire, Trois cas d'omoplates ballantes. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 697—701.) 34, 276.
Montant, Robert, et H.-U. Gloor, A propos d'un cas de sarcome ostéoïde de l'omoplate. (Inst. pathol., univ., Genève.) (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 8, S. 502—506.) 33, 186.
Roucoroni, Ippolito, Su di una rara affezione bilaterale del cinto scapolare. (Istit. di radiol., osp. cid. di Parma.) (Parma: Tip. già coop. Parmeuse 1925.) *
Wells, A. G., Two unusual fractures. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 44, Nr. 5, S. 380—382.) 33, 186.
Wescott, H. H., Multiple enchondromata of scapula. Report of a case. (Orthop. serv., Massachusetts gen. hosp., Boston.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 469—473.) 32, 119.
Wolf, Josef, Ein Beitrag zur Ätiologie des angeborenen Schulterblatthochstandes. (Anat. Inst., Univ. Heidelberg.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 54 bis 56.) 33, 398.

Schlüsselbein.

Hesse, G., Dysostosis cleidocranialis unter besonderer Berücksichtigung des Gebisses. (Vierteljahrsschr. f. Zahnheilk. Jg. 41, H. 2, S. 161—177.) 33, 168.
Krabbe, Knud H., Dysostosis cleidocranialis with metabolic disturbances. (Dep. f. nerv. a. ment. dis., Kommunehosp., Copenhagen.) (Journ. of nerv. a. ment. dis. Bd. 61, Nr. 1, S. 18—30.) *

Marxer, H., Zur operativen Behandlung der Luxatio sternoclavicularis. (Städt. Krankenh. Westend, Charlottenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 37, S. 2055 bis 2057.) **33**, 186.

Moffat, Barclay W., Separation of the acromioclavicular joint. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 1, S. 73—74.) **32**. 633.

Rynkiewicz, S. H., A simple appliance for fractured clavicle. (Nesbitt West Side hosp., Kingston, Pa.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 24, S. 1890.) **34**. 343.

Spiegel, N. A., Zur Frage der Behandlung der Schlüsselbeinbrüche. (Chir. Abt., Dostojewski-Krankenh., Moskau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 4, S. 184—187.) **31**. 197.

Taddei, Domenico, Il trattamento delle comuni fratture diafisarie sottocutanee della clavicola. (Clin. chir. gen., univ., Pisa.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 8, S. 269—272.) **31**, 569.

Teodorescu, Dan, und Al. Florescu, Ein seltener Fall von Osteomyelitis der Clavicula. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 6/7, S. 298—301.) (Rumänisch.) **33**, 186.

Watkins, James T., An operation for the relief of acromio-clavicular luxations. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 790—792.) **33**, 622.

Schultergelenk.

Albee, Fred H., Arthrodesis of the shoulder. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 439—444.) **32**, 424.

Carro, Julio, Über einen seltenen Fall von Luxatio subglenoidea oder axillaris mit Gefäß- und Nervenkompression. (Med. ibera Bd. 19, Nr. 398, S. 628—630.) (Spanisch.) *

Cornioley, Résection ou arthroplastie. (Rev. suisse des acc. du travail Jg. 19, Nr. 8, S. 181—186.) **32**, 855.

Dollinger, Julius, Die operative Einrenkung der veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellenbogens und der Hüfte auf Grund von 207 selbstoperierten Fällen. 2. Folge. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 1—62.) **33**, 284.

Eisenberg, Curt, Tumorartige Gebilde an einem Schultergelenk. (Röntgenabt., allg. Ortskrankenkasse, Hamburg.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 1, S. 37—38.) **31**, 570.

Frosch, Leopold, Die angeborene doppelseitige Schultersubluxation. (Orthop. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 15, S. 701 bis 702.) **32**, 217.

Frosch, Leopold, Über eine bisher nicht beschriebene Schultergelenksdeformität. (Orthop. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.) (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 17, S. 251 bis 252.) **33**, 186.

Grossman, Jacob, Three hundred cases of periarthritis of the shoulder, with X-ray findings of one hundred. (Orthop. clin., Lebanon hosp., New York.) (Med. times Bd. 53, Nr. 6, S. 131—136. u. 153.) **32**, 555.

Guerini, Francisco Z., Nicht zurückbringbare und rezidivierende Oberarmluxationen. (Rev. de la asoc. med. argentina Bd. 38, Nr. 235/238, S. 403—414.) (Spanisch.) **37**, 461.

Heineck, Aime Paul, Simultaneous dislocation of both shoulder joints. (Americ. med. Bd. 31, Nr. 4, S. 231—236.) **32**, 424.

Keller, William L., The treatment of chronic recurrent dislocation of the shoulder by crucial capsular plication. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 1, S. 143—148.) **31**, 409.

Lasher, Willis W., Fracture dislocation of the head of the humerus. (Post-graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 5, S. 356—358.) *

Lozano, Ricardo, Lose und springende Gelenke. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 24, S. 551—563.) (Spanisch.) **34**, 464.

Malis, I., Eine neue Methode zur Einrenkung der Schulterluxation. (Vračebnaja gazeta Nr. 23, S. 572.) (Russisch.) **36**, 908.

Mandl, Felix, Bemerkungen zur Operation der habituellen Schulterluxation (unter besonderer Berücksichtigung des Verfahrens nach Finsterer). (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 108—120.) **32**, 384.

Muscatello, G., Il primo caso di lussazione orizzontale dell'omero inveterata. (Clin. chir., univ., Catania.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 656—661.) **32**, 854.

Ossinskaja, W., Ein Fall von Osteochondromatose des Schultergelenks. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 5, S. 193—194.) (Russisch.) **35**, 597.

Perthes, Georg, Über Ergebnisse der Operationen bei habitueller Schulterluxation mit besonderer Berücksichtigung unseres Verfahrens. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 194, H. 1/2, S. 1—24.) **34**, 739.

Plummer, W. W., and F. N. Potts, Two cases of recurrent anterior dislocation of the shoulder. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 190—198.) 31, 197.
Pokrvškin, L. I., Über Behandlung veralteter vorderer Schultergelenkverrenkungen. (Chir. Hosp.-Klin., Univ. Tomsk, Prof. Beresnegovskij.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 3, Nr. 31, S. 365—375.) (Russisch.) 35, 855.
Schulhof, Edmund, Über die Operation der Schultergelenkstuberkulose nach Báron, (Orthop. Inst., ungar. Liga f. Kinderschutz, Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 27, S. 1470—1472.) 32, 633.
Selig, Zur Verhütung von Schultercontracturen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 291 bis 293.) 32, 217.
Simon, Stefan, Über Bänder und Nebenhöhlen des Schultergelenkes. (II. anat. Univ.-Inst., Wien.) (34. Vers. d. anat. Ges., Wien, Sitzg. v. 21.—24. IV. 1925.) (Anat. Anz. Bd. 60, Erg.-H., S. 64—79.) 33, 761.
Sommer, René, Rotation und Humerusluxation. Experimentelle Studie. (Chir. Univ.-Klin., Greifswald.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 392—399.) 31,716.
Thomas, T. Turner, Recurrent dislocation of the shoulder joint. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 16, S. 1202—1208.) 33, 622.
Wolkov, K., Über Einrenkung der Hüft- und Schulterluxationen. (Žadrin, Čuwaš-Gebiet.) (Vračebnoe delo Nr. 7, S. 537—540.) (Russisch.) 33, 840.
Wülfing, Max, Zur Fesselung des Oberarmkopfes bei habitueller Schulterluxation. (Chir. Klin. [Augusta- u. Bürgerhosp.], Univ.Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1244—1247.) 32, 350.

Oberarm.

Biancheri, T. M., Sulla rottura sottocutanea del bicipite brachiale. (Osp. S. Carlo, Voltri.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 6, S. 580—588.) 33, 762.
Brandes, K., Gonorrhoischer Absceß im Biceps bei gleichzeitigem Fehlen von sonstigen gonorrhoischen Erscheinungen. (Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) (Dermatol. Wochenschr. Bd. 81, Nr. 52, S. 1867—1870.) 34, 549.
Cuneo, Domingo S., Umschriebenes Angiom des rechten Biceps brachialis. (Prensa méd. argentina Jg. 11, Nr. 28, S. 945—948.) (Spanisch.) 33, 398.
Delchef, A propos de l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (Scalpel Jg. 78, Nr. 44, S. 1118—1123.) 33, 838.
Gilcreest, Edgar Lorrington, Rupture of muscles and tendons. Particularly subcutaneous rupture of the biceps flexor cubiti. (Dep. of surg., univ. of California med. school, San Francisco.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 24, S. 1819 bis 1822.) 32, 634.
Ginsburg I. S., und M. F. Iwanitzki, Eine Methode zur Ersetzung des distalen Defekts des Oberarmknochens. (Chir. Hosp.-Klin. u. Inst. f. norm. Anat., Azerbeidžansche Staatsuniv., Baku, Direktor: Prof. B. K. Finkelstein u. Prof. K. N. Malinowski.) (Žurnal teoretičeskoi i praktičeskoi mediciny Bd. 1, H. 1/2, S. 117—122.) (Russisch.) 36, 230.
Latreille, Jacques, Résection diaphyso-épiphysaire de l'humérus pour traumatisme de guerre. Résultat éloigné datant de 8 ans. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 551 bis 554.) 34, 41.
Lewin, Philip, and Sidney B. Mac Leod, Osteosclerosis with distribution suggesting that of the ulnar nerve. An unclassified bone condition. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 969—981.) 33, 492.
Marino, Salvador, und Carlos Fernícola, Echinokokkuscysten des Humerus. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 9, S. 305—314.) (Spanisch.) 33, 491.
Mullen, Thomas F., Plexiform neuroma. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1093 bis 1101.) 33, 492.
Richards, Charles M., James B. Bullitt, and Doxey R. Wilson, Central chondroma of middle third of shaft of humerus. A case report. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 29—34.) 33, 72.
Rieffel, Charlier et Heins, Métastase humérale révélatrice d'un néoplasme rénal. (Bull. et mém. de la soc. de radiol. méd. de France Jg. 13, Nr. 120, S. 139—140.) *
Rochet, P., Ancienne ostéite de l'humerus. Poussée aigue en rapport possible avec un accident du travail. (Soc. nat. de méd. et des sciences méd., Lyon, 25. II. 1925.) (Lyon méd. Bd. 136, Nr. 30, S. 102—104.) *
Sonntag, Traumatisch bedingte Scheingeschwulst am Oberarm. (Callus luxurians, Hygroma proliferans und Haematoma M. bicipitis.) (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 51, S. 2123—2124.) 34, 386.

Tokarski, Karol, Ein Fall von symmetrischer Hautgangrän am Arme. (Polska gazeta lekarska Jg. 4, Nr. 46, S. 977—978.) (Polnisch.) **34**, 740.
Vallone, Donato, Le fratture del condilo esterno dell'epifisi inferiore dell'omero e loro trattamento chirurgico. (Div. chir., osp. civ., Padova.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 6, S. 545—563.) **33**, 72.

Oberarmfrakturen.

Balice, Gaetano, Contributo alla cura delle fratture recenti ed antiche del collo chirurgico dell'omero. (Osp. incurabili, II. clin. chir., Napoli.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **10**, H. 1/2, S. 25—48.) **34**, 386.
Brun, Harry C. W. S. de, Fractures of the humerus treated by suspension and traction. (Polyclin. med. school, New York.) (Milit. surgeon Bd. **57**, Nr. 6, S. 599—607.) **34**, 118.
Cairo, Gaetano, Le fratture dell'estremità inferiore dell'omero. (Tesi di perfezionamento in traumatologia agli istituti clinici di perfezionamento in Milano.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 10, S. 479—493.) **33**, 762.
Celiberti, Alfredo, Frattura diacondiloidea dell'omero sinistro con spostamento non comune del frammento. (Osp. di S. Giovanni in Laterano, Roma.) (Policlinico, sez. prat. Jg. **32**, H. 38, S. 1315—1318.) **33**, 352.
Cornioley, Résection ou arthroplastie. (Rev. suisse des acc. du travail Jg. **19**, Nr. 8, S. 181—186.) **32**, 855.
Ewald, C., Schienenapparat zur Behandlung von Oberarmfrakturen. (Bemerkungen zur Veröffentlichung von Moszkowicz.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 47, S. 1264.) **34**, 61.
Ginsburg, I. S., und M. F. Iwanitzki, Eine Methode zur Ersetzung des distalen Defekts des Oberarmknochens. (Chir. Hosp.-Klin. u. Inst. f. norm. Anat., Azerbeidžansche Staatsuniv., Baku, Direktor: Prof. B. K. Finkelstein u. Prof. K. N. Malinowski.) (Žurnal teoretičeskoi i praktičeskoi mediciny Bd. **1**, H. 1/2, S. 117—122.) (Russisch.) **36**, 230.
Guyot et Rouvillois, Appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (XXXIV. congr. franç. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 84. S. 1400—1402 u. Nr. 85, S. 1404—1416.) **34**, 549.
Hartmann, Fracture du col huméral. (Hôtel-Dieu, Paris.) (Journ. des praticiens Jg. **39**. Nr. 29, S. 465—466.) *
Hauck, Gustav, Über die suprakondyläre Humerusfraktur. (Chir. Univ.-u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 13, S. 470—472.) **32**, 55.
Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. VIII. Die Brüche der Humerus-Diaphyse. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 38, S. 1605—1608.) **33**, 565.
Lasher, Willis W., Fracture dislocation of the head of the humerus. (Post-graduate med. school a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 5, S. 356—358.) *
Lévai, József, Über die Behandlung der Knochenbrüche der oberen Extremität mit Gipsschienen. (Therapia Jg. **2**, Nr. 1, S. 16—18.) (Ungarisch.) **31**, 570.
Moreau, J., Ostéome axillaire volumineux consécutif à une luxation de l'épaule. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 12, S. 1066—1070.) **35**, 343.
Moszkowicz, Ludwig, Distraktionsschienen für Ober- und Unterarmfrakturen. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 45, S. 1207—1209.) **34**, 343.
Podlasky, H. B., Fracture of humerus: non-union. (X-ray dep., Mt. Sinai hosp., Milwaukee.) (Radiology Bd. **5**, Nr. 4, S. 344—345.) *
Rendu, André, Sur le décalottement du condyle huméral. (Clin. chir. infant., prof. G. Nové-Josserand, Lyon.) (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 5, S. 445—461.) **33**, 72.
Santee, Harold E., Fractures of the humerus. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 13, S. 606—608.) **32**, 55.
Worcester, James N., Fractures of the upper end of the humerus. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 15, S. 691—694.) **32**, 217.
Zadek, Isadore, Fracture of medial epicondyle of the humerus with its displacement into the sigmoid cavity of the ulna. Report of two cases. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 9, S. 217—219.) **33**, 352.

Ellbogengelenk.

Arthroplastik des Ellbogengelenkes. (Polski przegląd chir. Bd. **4**, H. 2. S. 74—78.) (Polnisch.) *

Barret, **Marcel**, Un cas complexe d'absence partielle du cubitus. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 4, S. 367—369.) *
Beresnegovskij, N. I., Über arthroplastische Operationen. (Chir. Univ.-Klin., Tomsk, Prof. Beresnegovskij.) (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 698—701.) (Russisch.) **35**, 431.
Bolk, L., Zwei Fälle einer sehr seltenen Anomalie der cubitalen Artikulationsfläche des Humerus. (Anat. Anz. Bd. **59**, Nr. 24, S. 565—571.) **33**, 284.
Bosch **Arana**, Dés articulations cinéplastiques du coude. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 5, S. 67—69.) **31**, 122.
Carter, **Ralph** M., Epicondylitis. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 553 bis 562.) **32**, 633.
Delrez, Luxation du coude, fracture de l'épitrochlée. Paralysie du nerf cubital. (Ann. de la soc. méd.-chir. de Liège Jg. **59**, Juni-H., S. 45.) *
Dollinger, **Julius**, Die operative Einrenkung der veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens und der Hüfte auf Grund von 207 selbstoperierten Fällen. 2. Folge. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. **18**, S. 1—62.) **33**, 284.
Goddu, **Louis** A. O., Comminuted fractured dislocation of right elbow; open reduction. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 18, S. 838—843.) **33**, 838.
Gutiérrez, **Alberto**, Über Transposition des Nervus cubitalis bei Neuritis und Verletzung desselben. Über Vereinigung von Medianus und Cubitalis. (Progr. de la clin. Bd. **31**, Nr. 159, S. 371—376.) (Spanisch.) **32**, 217.
Hallilay, H., Sub-periosteal excision of joints. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 6, S. 252 bis 255.) **33**, 187.
Hallilay, H., The treatment of fractures of the elbow joint. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 8, S. 351—354.) **33**, 187.
Hedri, **Endre**, Vollständige Nearthrose nach Resektion im Ellbogengelenk. (Budapesti orvosi ujság Jg. **23**, Nr. 34, S. 1015—1018.) (Ungarisch.) **33**, 73.
Howell, B. **Whitchurch**, Treatment of injuries to the elbow in children. (Brit. journ. of childr. dis. Bd. **22**, Nr. 256/258, S. 110—122.) **34**, 386.
Jonescu, **Marin**, Gelenkplastik mit Fascienlappen wegen Ellbogenankylose nach Verletzung. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 2, S. 60—63.) (Rumänisch.) *
Kreuter, Über die Einrichtung der gewöhnlichen Ellbogenluxation. (Städt. Krankenh., Nürnberg.) (Fortschr. d. Therapie Jg. **1**, H. 15, S. 501—502.) **33**, 72.
Lorin, **Henri**, Les luxations itératives des articulations serrées, coude, hanche tibiotarsienne (à propos d'une luxation du coude). (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 9, S. 202 bis 208.) **32**, 475.
Lorthioir, **Paul**, Un cas de fracture rare du coude. (Serv. de chir. infant., univ., Bruxelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 9, S. 790—792.) **34**, 614.
Lubosch, W., Drei kasuistische Beiträge zur Anatomie der Cubitalgegend. (Seltene Gefäß- und Nervenanomalien, ausgebildeter Kollaterialkreislauf.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **194**, H. 1/2, S. 105—113.) **34**, 193.
Matheis, H., Primäre Naht eines offenen Ellbogengelenkbruches nach 30 Stunden. (Unfallkrankenh. u. orthop. Spit., Graz.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 19, S. 1097—1099.) **32**, 218.
Mathiesen, **Holger**, Ein Fall von Osteochondritis dissecans. (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. **33**, S. 777—791.) (Dänisch.) **35**, 663.
Moreau, J., Luxation du radius au coude avec fracture de la diaphyse cubitale (fracture de Monteggia). (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 12, S. 1048 bis 1061.) **35**, 345.
Nevanlinna, **Väinö**, Ein Fall von großer Fremdkörpercyste, die sich im Verlaufe von 10 Jahren in der Ellenbeuge entwickelt hatte. (Allg. Krankenh., Torneå, Finnland.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 235—238.) **31**, 410.
Noica et **Arama**, Deux cas de paralysie du nerf médian survenus accidentellement, à la suite d'injections de médicaments au pli du coude. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Bucarest Jg. **7**, Nr. 2, S. 17—20.) *
Ochsenius, **Kurt**, Über die Prognose des Tennisellbogens. (Dtsch. med. Wochenschrift Jg. **51**, Nr. 48, S. 1988—1989.) **34**, 42.
Orgel, **David** H., The treatment that gives best end results in fractures about the elbow joint. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 5, S. 265—267.) **31**, 717.
Pircard, Hémimélie cubitale. Absence presque complète du cubitus droit. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 3, S. 269—272.) **32**, 120.
Rogers, **Lambert**, Loose bodies in joints. (Practitioner Bd. **115**, Nr. 5, S. 332 bis 338.) **34**, 194.
Rosenburg, **Gustav**, Tennisellbogen und Muskelriß. (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 21, S. 771—773.) **32**, 384.

Schirmer, A., Osteochondritis dissecans des Ellbogengelenkes. (Chir. Abt., Kantonspit., St. Gallen.) (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 22, S. 489—490.) **32**, 555.

Siris, Irwin E., Elbow fractures and dislocations. Treatment and analysis of one hundred eighty-one cases at Bellevue hospital, New York City. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 665—682.) **32**, 311.

Speed, J. S., An operation for unreduced posterior of the elbow. (Southern. med. journ. Bd. 18, Nr. 3, S. 193—198.) **32**, 556.

Thoumsin, Luxation irréductible du coude droit. Traitement sanglant. Voie transolécranienne. (Scalpel Jg. 78, Nr. 29, S. 788—790.) **32**, 855.

Turco, Adalgiso, Artrite deformante giovanile nell'articolazione del gomito e in una pseudoartrosi. (Istit. e clin. di patol. spec. chir., univ., Torino.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 99—117.) **34**, 193.

Usačov, V., Über die blutige Einrenkung der dorsalen Ellbogengelenk. luxationen (Chir. Univ.-Klin., Prof. Bogoraz, Rostov a. D. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 343—346.) (Russisch.) **37**, 214.

Weil, S., Zur Pathologie des Ellbogengelenkes. (Arthritis nach Ulnapseudarthrose Luxatio radii nach Olecranonresektion, Luxatio capituli radii in den Recessus sacciformis.) (Chir. Univ.-Klin. Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 128—135.) **33**, 72.

Vorderarm.

Alonzo, Pietro, Di tre casi d'emimelia dell'avambraccio. (Istit. di anat. umana, univ., Perugia.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 21, S. 487—489.) **33**, 255.

D'Agata, G., Ricerche e osservazioni su un caso non comune di actinomicosi dell'avambraccio. (Istit. di clin., univ., Messina.) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 1, S. 31 bis 39.) **31**, 199.

La Villa, D. Juliande, Ein Fall von Osteom des M. radialis externus. (Siglo méd. Bd. 76, Nr. 3742, S. 201—202.) (Spanisch.)

Marri-Caciotti, Piero, Resezione per osteo-sarcoma dell' epifisi inferiore del radio e infissione cubito-carpica secondo Burci. (Sez. chir., osp. Lotti, Pontedera.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 473—484.) **32**, 855.

Massabuau et Guibal, Un cas de rétraction ischémique traité par „l'appareil à tourniquet" modifié. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 1, S. 57—63.) **31**, 411.

Sokolov, P. A., Anastomosen zwischen dem N. medianus und N. ulnaris am Vorderarm und an der Hand. (Anat. Inst., Univ. Rostov a. D.) (Izverstija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 98—103.) (Russisch.) **36**, 380.

Wikle, Herbert T., A wrench for the treatment of certain types of Colle's fracture. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 218—219.) **31**, 122.

Angeborene Mißbildungen des Vorderarmes.

Greig, David M., Observations on the bones in congenital proximal radio-ulnar synostosis. (Roy. coll., surgeon's museum, Edinburgh.) (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 7, S. 354—369.) **32**. 556.

Klippel, M., François-Dainville et A. Feil, L'absence congénitale du cubitus. Un nouveau cas. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 5, S. 107—109.) **31**, 410.

Miller, Orville R., Congenital absence of the radius. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 5, S. 186—190.) **32**, 556.

Mouchet, Albert, et André Leleu, La synostose congénitale radio-cubitale supérieure. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 5, S. 421—443.) **33**, 443.

Vogeler, Karl, Die radio-ulnare Synostose. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 2, S. 422—426.) **32**, 556.

Frakturen und Luxationen des Vorderarmes.

Axhausen, G., Die Spätruptur der Sehne des Extensor pollicis longus bei der typischen Radiusfraktur. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 1, S. 78—88.) **31**. 411

Bonn, Rudolf, Klinische und experimentelle Beobachtungen an irreponierten Radiusluxationen im Wachstumsalter. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 138 [Kongreßbericht], S. 602—638 u. S. 219.) **31**, 717. **33**, 625.

Boorstein, Samuel W., Rational treatment of fractures of the lower end of the radius. (Bellevue a. Fordham hosp., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 3, S. 50—56.) 31, 717.
Carter, Ralph M., The modern treatment of fractures of the lower end of the radius. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 10, S. 584—587.) 34, 550.
Gibson, Alexander, Uncomplicated dislocation of the inferior radio-ulnar joint. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 180—189.) 32, 121.
Lacroix, Paul G., and Isidore Cohn, Fractures of the base of the radius: Method of treatment and end results. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 10, S. 425—428.) 32, 350.
Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. VII. Die Brüche in der Mitte des Vorderarmes. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschrift Jg. 72, Nr. 37, S. 1567—1570.) 33, 352.
Lepennetier, F., Lésion traumatique du radius chez un enfant. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 4, S. 177—178.) 32, 218.
Lévai, József, Über die Behandlung der Knochenbrüche der oberen Extremität mit Gipsschienen. (Therapia Jg. 2, Nr. 1, S. 16—18.) (Ungarisch.) 31, 570.
Magliulo, Alfonso, Sulla rotazione del frammento distale nelle fratture diafisarie isolate dell'ulna. (Clin. chir. gen., univ., Firenze.) (Giorn. di med. milit. Jg. 73, H. 5, S. 232—252.) 33, 684.
Maier, Rudolf, Zur Diagnostik der Epiphysenlösung am unteren Radiusende. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 3, S. 519—526.) 33, 73.
Malis, Julius, Fractura radii typica. (Monatschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. 32, Nr. 1, S. 15—19.) *
Marian, Ion, Epiphysenlösung am distalen Radiusende. (Clin. de chir. infant. și orthop., univ., București.) (Rev. de chir. Jg. 17, Nr. 7/9, S. 138—142.) 34, 194.
Meyer, Hermann, Der klassische Speichenbruch. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Klin. Wochenschr. Jg. 4, Nr. 12, S. 554—559.) 31, 780.
Montgomery, Albert H., Separation of the upper epiphysis of the radius. (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 3, S. 961—968.) 32, 634.
Moreau, J., Luxation du radius au coude fracture de la diaphyse cubitale (fracture de Monteggia). (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 12, S. 1048—1061.) 35, 345.
Moszkowicz, Ludwig, Distraktionsschienen für Ober- und Unterarmfrakturen. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 45, S. 1207—1209.) 34, 343.
Pörsch, A., Über die typischen Speichenbrüche. (Fischbach-Krankenh., Quierschied.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 53—92.) 33, 255.
Renesse, Hans von, Bewegungsbehandlung der Speichenverrenkung. (Orthop. Anst., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 610—612.) 33, 684.
Sever, James Warren, Fractures of the head and neck of the radius. A study of end-results. (Orthop. clin., Cambridge hosp., Cambridge U. S. A.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 21, S. 1551—1555.) 32, 426.
Stone, James S., Report of a case of Volkmann's contracture involving the pronator quadratus. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 193, Nr. 25, S. 1149—1150.) 36, 380.
Teece, Lennox G., Bad results in Colles's fracture. (Roy. Prince Alfred hosp., Camperdown, Sidney.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 9, S. 206—208.) 32, 557.
Teece, Lennox G., Fractures of the forearm: Their nonoperative treatment. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 5, S. 132—134.) 34, 275.
Tierny, A., Fracture diaphysaire des deux os de l'avant-bras avec luxation du cubitus en arrière. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 95, Nr. 7, S. 194—195.) *
Trauner, Richard, und Herwigh Rieger, Eine Familie mit 6 Fällen von Luxatio radii congenita mit übereinstimmenden Anomalien der Finger- und Kniegelenke, sowie der Nagelbildung in 4 Generationen. (I. chir. Univ.-Klin. u. hyg. Univ.-Inst., Wien.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 3/4, S. 659—666.) 34, 465.
Watkins, A. B. K., Fracture of the forearm. (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 18, S. 452—453.) 32, 426.
Zadek, Isadore, Treatment of epiphyseal separation of the lower end of the radius. (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 3, S. 969—982.) 32, 384.

Handgelenk.

Adams, John D., Displacement of the semilunar carpal bone. An analysis of twelve cases. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 665—681.) 35, 600.
Bergmann, Ernst, Zur Kasuistik seltener Knochenbrüche. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 667—671.) 33, 73.

Booth, Carlos C., A new method of reducing dislocated carpal bones and fragments of long bones. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 2, S. 59—60.) **31**, 717.

Brandt, G., Über den Entstehungsmechanismus der sogenannten isolierten Mondbeinluxation. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190. H. 3/6, S. 396—398.) **32**, 636.

Brofeldt, S. A., Über Luxationen und Luxationsfrakturen des Handgelenks. (Finska läkaresällskapets handl. Bd. 67, Nr. 5, S. 399—413.) (Schwedisch.) **32**, 636.

Christensen, Ludvig, Fall von Kienböckscher Krankheit. (Osteomalacia traumatica ossis lunati carpi.) (Kir. poliklin., Lønporten.) (Hospitalstidende Jg. 68, Nr. 5. S. 107—116.) (Dänisch.) **32**, 57.

Ciaccia, Salvatore, Su di un caso di lesione simmetrica del carpo (lussazione posteriore retrolunare del carpo). (Osp. civ., Venezia.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2. S. 279—290.) **34**, 119.

Conwell, H. Earle, Closed reduction of acute dislocations of the semilunar carpal bone. (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 289—292.) **33**, 73.

Cortés Lladó, Antonio, und Luis Salvador Gallardo, Anatomisches und pathogenetisches Studium eines Falles von Madelungscher Deformität. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 21, S. 251—274.) (Spanisch.) **33**, 492.

Esau, Os-hamatum-Frakturen. (Kreiskrankenh. Oschersleben-Bode.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 201—202.) **32**, 57.

Fontaine, R., A propos de l'atrophie traumatique du semi-lunaire (maladie de Kienböck). (Clin. chir., univ., Strasbourg.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 10, S. 769—775.) **34**, 864.

Frank, J., A rare case of injury of the carpus: Dorsal dislocation of the multangulum minus. (Acta radiol. Bd. 4, H. 3, S. 281—284.) **32**, 735.

Garrido-Lestache, J., Ein Fall von Madelungscher Krankheit. (Pediatria española Jg. 14, Nr. 152, S. 138—143.) (Spanisch.) *

Ginzburg, I., Die radikale Operation der Ganglien am Handgelenk nach Orator und Nähmüller. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 809—812.) (Russisch.) **35**, 664.

Goddu, Louis A. O., A case of complete disability of the hand by relaxed articulation of the first metacarpus and trapezium and slipping of the tendon and extensor brevis pollicis. Post-operative result. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 14, S. 666 bis 667.) **32**, 57.

Goldsmith, Ralph, Kienböck's disease of the semilunar bone. (Out patient surg. serv., univ. hosp., Philadelphia.) (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 4, S. 857—862.) **32**, 312.

Hauck, Gustav, Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Finger- und Handgelenk-Sehnenscheiden. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 1, S. 150—160.) **33**, 74.

Heimerzheim, Anton, Über einige akzessorische Handwurzelknochen nebst ihrer chirurgischen Bedeutung. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, S. 88—96.) **32**, 56.

Küttner, Hermann, und Engelhard Hertel, Die Lehre von den Ganglien. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 377—436.) **33**, 149.

Lozano, Ricardo, Lose und springende Gelenke. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4. Nr. 24, S. 551—563.) (Spanisch.) **34**, 464.

McGauley, F. F., Injuries to carpal bones: Fracture of the scaphoid and dislocation of the semilunar. (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 764—773.) **31**, 718.

Mazzini, Osvaldo F., Madelungsche Krankheit. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 12, S. 626 bis 639.) (Spanisch.) **32**, 121.

Merlini, A., Le deformità di Madelung. (Istit. di radiol. med., osp. S. Giovanni, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 3, S. 245—268.) **32**, 56.

Monnard, M., Des résultats éloignés de la luxation périlunaire du carpe. (Hosp. de l'enfance, Lausanne.) (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 12, S. 749 bis 773.) **33**, 838.

Moškov, N., Die Madelungsche Krankheit. (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 193—199.) (Russisch.) **37**, 843.

Paitre, F. R. C., De quelques lésions traumatiques du carpe en marge des données classiques. (Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 83, Nr. 5, S. 403—439.) **34**, 864.

Robinson, Wilton H., Backward dislocation of the carpal semilunar (os lunatum). (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 18, S. 1335.) **32**, 426.

Rocher, H. L., Main bote congénitale et main bote paralytique. (7. congr. de la soc. franc. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 86, S. 1428—1430. Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 633—695.) **33**, 762.

Rocher, H.-L., Main bote radio-palmaire par absence totale du rayon radial. (Hématocolpos et hématométrie. (Hôp. des enfants, Bordeaux.) (Arch. d'électr. méd. Jg. 33. Nr. 508, S. 29—33.) **34**, 194.

Rogers, Lambert, Maldevelopment of the wrist and hand. (Edinburgh med. journ. Bd. 32, Nr. 8, S. 407—409.) *
Schustek, J., Beiträge zur chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der Hand- und Fußwurzelknochen und Gelenke. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 42.
Schustek, Jenö, Zur chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der Hand- und Fußwurzelknochen u. Gelenke. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 47, S. 1138—1141.) (Ungar.) *
Solcard, P., Fracture du grand os. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 165—167.) 31, 571.
Speed, Kellogg, Fractures of the carpal navicular bone. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 682—695.) 35, 599.
Ssamygin, A. W., Malacie der Handwurzelknochen und Beschäftigung. (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 6, S. 833—839.) (Russisch.) 35, 664.
Váňa, Antonín, Aseptische Nekrosen des Os lunatum. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 26, S. 985—992.) (Tschechisch.) 32, 636.
Winge, Knud, Doppelseitige Luxation des Mondbeins. (Chir. afd., amtssygeh., Skive.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 37, S. 797—798.) (Dänisch.) *
Wreden, R., Über die Behandlung der spastischen Handcontracturen bei Kinderhemiplegien vermittels partieller Nervenresektion. (Orthop. Inst., Prof. Wreden, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 3—5.) (Russisch.) 34, 550.
Zweig, Wolfgang, Beiträge zur Ätiologie der Lunatummalacie. (Städt. Krankenh., Stettin.) (Zentralbl. f. allg. Pathol. u. pathol. Anat. Bd. 35, Nr. 16, S. 487—491.) 32, 218.

Hand. Angeborene Mißbildungen.

Albee, Fred H., Malunion of the fifth metacarpal of the right hand. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 448—452.) 32, 426.
Allenbach, E., Ectrodactylie héréditaire et congénitale des quatres membres observée dans quatre générations. (Ann. d'anat. pathol. méd.-chir. Bd. 2, Nr. 2, S. 147 bis 152.) 32, 57.
Bruin, J. de, Akrocephalosyndaktylie. (Univ.-klin. v. inwend. kinderziekten, Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 22, S. 2380—2393.) (Holländisch.) *
Butoianu, M. St., und C. Stoian, Amputationen, Schnürungen und kongenitale Syndaktylien durch amniotische Stränge. (Spit. milit. „Regina Elisabeta", Bucuresti.) (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 3, S. 119—125.) (Rumänisch.) *
Cortés Lladó, Antonio, und Luis Salvador Gallardo, Anatomisches und pathogenetisches Studium eines Falles von Madelungscher Deformität. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 4, Nr. 21, S. 251—274.) (Spanisch.) 33, 492.
Desnoyers, R., Malformations multiples des mains et des pieds. (Rev. d'orthop. Jg. 32, Nr. 1, S. 49—55.) *
Elkin, Dan Collier, Hereditary ankylosis of the proximal phalangeal joints. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 509.) 31, 718.
Esau, Zur Brachyphalangie des Daumens. (Kreiskrankenh. Oschersleben-Bode.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 2, S. 203.) 32, 58.
Lereboullet, P., Fr. Saint-Girons et J.-J. Gournay, La polydactylite hérédosyphilitique du nourrisson. (Arch. de méd. des enfants Bd. 28, Nr. 11, S. 665 bis 674.) 34, 278.
Lereboullet, P., Fr. Saint-Girons et J.-J. Gournay, Un cas de polydactylite hérédo-syphilitique. (Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 1925, Nr. 3/4, S. 172 bis 176.) *
Minář, Francois, Trois cas intéressants de malformations congénitales. (Liječnički vjesnik Jg. 47, Nr. 11, S. 704—713.) 34, 42.
Murphy, Douglas P., Five successive generations of webbed-finger deformity. Study of a family. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 8, S. 576—577.) 31, 718.
Pircard, Un cas de brachydactylie congénitale bilatérale associée à une malformation bilatérale des gros orteils. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 159—164.) 31, 718.
Rocher, H. L., Main bote congénitale et main bote paralytique. (7. congr. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 86, S. 1428—1430; Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, Nr. 633—695.) 33, 762.
Rocher, H.-L., Main bote radio-palmaire par absence totale du rayon radial. Hématocolpos et hématométrie. (Hôp. des enfants, Bordeaux.) (Arch. d'électr. méd. Jg. 33, Nr. 508, S. 29—33.) 34, 194.
Rochlin, D., Neue Gesichtspunkte zum Problem der Hyperdaktylie. (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 221—231.) (Russisch.) 34, 277.

Rogers, Lambert, Maldevelopment of the wrist and hand. (Edinburgh med. journ. Bd. **32**, Nr. 8, S. 407—409.) *

Stecher, Leo, Über Aplasie einzelner Interphalangealgelenke. (Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 4, S. 818—825.) **32**, 58.

Woloff, G. W., Syndaktylie und Oligo-daktylie. (Dermatol. Univ.-Klin., Rostov a. Don.) (Medicinskaja mysl' Bd. 8/10, S. 68—74.) (Russisch.) *

Verletzungen der Hand.

Bastos, Fingerplastiken. (Anales de la acad. méd.-quirúrg. española Bd. **12**, S. 133 bis 141.) (Spanisch.) **34**, 865.

Bosch Arana, Guillermo, Phalangization of the first metacarpal. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 6, S. 859—862.) **32**, 637.

Ciaccia, Salvatore, Sulla frattura di Bennett. (Div. chir. I. osp. civ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 4/5, S. 337—350.) **33**, 191.

Combault, A., Traitement des luxations du pouce en arrière. (Clinique Jg. **20**, Nr. 34, S. 387—396.) **34**, 803.

Grosse, Forensisch bedeutsame Strangulation am Finger und Penis. (Univ.-Kinderklin., Göttingen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 44, S. 1887—1888.) *

Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt, auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. VI. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **36**, S. 1522 1524.) **33**, 398.

Porzelt, W., Erfolgreiche Daumenplastik aus der Großzehe der Gegenseite, $4^1/_2$ Jahre nach mißglücktem Transplantationsversuch. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1/2, S. 340—355.) **32**, 57.

Redi, Rodolfo, Frattura della Iª falange del 2°, 3°, 4° dito e della IIª del 5° dito della mano sinistra. (Istit. di clin. chir., univ., Siena.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 7, S. 677—684.) **33**, 75.

Rinaldo, Micotti, Neofalangizzazione del pollice amputato alla sua base. (Contributo clinico.) (Osp. magg., Novara.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. **3**, S. 481 bis 492.) **34**, 466.

Schum, H., Weitere Erfahrungen über die Brüche der Hand- und Fingerknochen. (Polizeikrankenh., Berlin.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **198**, H. 1/2, S. 132 bis 139.) **33**, 685.

Vallet, Emile, Traitement des fractures des doigts. (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 36, S. 590—591.) **32**, 312.

Weil, S., Ein weiterer Fall von Fingerbeugecontractur durch Strecksehnenspaltung. Mitteilung eines zweiten Falles ähnlich dem Ritschls einer Fingerbeugecontracturstellung infolge traumatischer Strecksehnenspaltung. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 4, S. 404—407.) **31**, 780.

Wittek, A., Hand- und Fingerverletzungen. (4. Internat. Kongr. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Amsterdam, Sitzg. v. 7. IX. 1925.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 12, Beilage-H., S. 94—101.) **33**, 444.

Dupuytrensche Contractur.

Masciotra, Angel A., Dupuytrensche Krankheit traumatischer Entstehung. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 52, S. 1615—1617.) (Spanisch.) **36**, 70.

Michaux, Jean, A. Lamache et J. Picard, La rétraction de l'aponévrose palmaire dans le saturnisme. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 18, S. 782—786.) *

Panaritien und Phlegmonen.

Coues, William Pearce, The treatment of early paronychia. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **193**, Nr. 19, S. 871—872.) **33**, 834.

Deschwanden, Joseph von, Eine spezielle Form der chronischen Paronychie. (Dermatol. Klin., Univ. Basel.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 36, S. 821 bis 824.) **33**, 623.

Schiessl, M., Incision in den natürlichen Falten der Hand. Ein Beitrag zur Behandlung der Sehnenscheiden- und Schwielenphlegmone. (Krankenh. d. Aachener Knappschaft, Bardenberg b. Aachen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **41**, S. 1729 bis 1730.) **33**, 445.

Hand. Allgemeines.

Avoni, Aldo, Fibroma della guaina del tendine flessore profondo del dito anulare destro. (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 6, S. 629—633.) **34**, 42.

Boggs, Thomas R., and Hiram Fried, Sporothrix infection of the large intestine and finger-nails. (Private wards a. clin.-pathol. laborat., church home a. infirm., Baltimore.) (Bull. of the Johns Hopkins hosp. Bd. **37**, Nr. 3, S. 164—169.) **34**, 866.

Busch, Werner, Verkalkungsherde im Verlauf der Arteria interossea volaris. (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. **33**, H. 6, S. 954.) **34**, 43.

Combault, A., Doigts à ressort. (Clinique Jg. **20**, Nr. 48, S. 263—269.) **33**, 187.

Dieterich, Hans, Zur Differentialdiagnose der Sehnenscheidentuberkulose der Hand. (Chir. Univ.-Klin., Gießen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 17, S. 693 bis 694.) **33**, 75.

Ely, Leonard W., Tuberculosis of joints. A study of a complete specimen. (Laborat. of surg. pathol., Stanford med. school, S. Francisco.) (Arch. of surg. Bd. **10**, Nr. 2, S. 751—755.) **32**, 557.

Feriz, Hans, Ein Fall von Spina bifida thoracolumbalis mit elefantiastischer Fingermißbildung. (Chir. Univ.-Klin., Amsterdam.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. **257**, H. 1/2, S. 503—511.) **33**, 470.

Göhler, Werner, Über Daumencontractur bei kleinen Kindern im Anschluß an das Krankheitsbild des schnellenden Fingers. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 29, S. 1200.) **33**, 187.

Guber-Gritz, D., Der „schnellende Finger“ als Berufsschädigung. (Vračebnoe delo Jg. **8**, Nr. 19/20, S. 1511—1515.) (Russisch.) **35**, 345.

Hauck, Gustav, Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Finger- und Handgelenk-Sehnenscheiden. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 1, S. 150—160.) **33**, 74.

Hauck, Gustav, Über akute und chronische Tendovaginitis und ihre Behandlung. (Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Charité, Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 1, S. 161—189.) **33**, 74.

Hustead, C. L., Thrombo-angiitis obliterans of the hand. (Journ. of radiol. Bd. **6**, Nr. 9, S. 367—368.) **36**, 539.

Koslowskij, A., Über die Spina ventosa. (Orthop. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. Turner, Leningrad.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3. bis 8. V. 1924, S. 259—264.) (Russisch.) **33**, 685.

Kroh, Fritz, Schnellender Finger und stenosierende Tendovaginitis der Fingerbeugesehne. (Augusta- u. Bürgerhosp., Univ. Köln.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 2, S. 240—276.) **33**, 256.

Küttner, Hermann, und Engelhard Hertel, Die Lehre von den Ganglien. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. **18**, S. 377—436.) **33**, 149.

Lozano, Ricardo, Lose und springende Gelenke. (Rev. méd. de Barcelona Bd. **4**, Nr. 24, S. 551—563.) (Spanisch.) **34**, 464.

Marian, I., Das Chondrom der Handknochen. (Rev. de chir. Jg. **17**, Nr. 6, S. 117 bis 123.) (Rumänisch.) *

Monberg, A., Über schnellende Finger und ihre Behandlung. (Kir. Poliklin., Rigshosp., København.) (Hospitalstidende Jg. **68**, Nr. 13, S. 295—300.) (Dänisch.) **33**, 445.

Nedochlebov, V., Fascitis palmaris. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 108.) (Russisch.) *

Nikolskaja, S. G., Veränderungen der Hand und Finger in Anschluß an die Arbeit. (Wwedenije w sozialnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej. Moscau, S. 30—43.) (Russisch.) *

Noack, Richard, und F. Schäffer, Kombinierte Behandlung mittels aktiver und passiver Hyperämie und Bewegung für die Hand- und Fingergelenke. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 41, S. 1705—1706.) **34**, 465.

Ormerod, Judith, A case of syphilitic gangrene of the fingers. (Manchester a. Salford hosp. f. skin dis.) (Brit. journ. of dermatol. a. syphilis Bd. **37**, Nr. 2, S. 84 bis 86.) **32**, 557.

Pauchet, Victor, Paul Sourdat et Gaston Labat, Anesthésie des doigts et de la main. (Clinique Jg. **20**, Nr. 46, S. 218—222.) *

Romiti, Zosimo, Contributo alla conoscenza dei sarcomi delle guaine tendinee. (Clin. chir., univ., Bologna.) (Arch. ital. di chir. Bd. **12**, S. 406—428.) **34**, 194.

Thorek, Max, Tumors of the fingers. With report of cases. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 8, S. 443—446.) **33**, 685.

Vermooten, Vincent, Xanthosarcoma of thumb. A central benign giant-cell tumor of the proximal phalanx of the thumb. (Dep. of surg., Yale univ., New Haven.) (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 4, S. 851—856.) **32**, 121.

Untere Gliedmaßen.

Übersichtsreferat.

Von

Paul Glaeßner, Berlin.

Ist auch die Zahl der kasuistischen Mitteilungen in dem Zeitraum, über welchen hier berichtet werden soll, wesentlich kleiner geworden, so sind doch dank dem größeren Interesse, das die Extremitätenchirurgie in den letzten beiden Jahren wieder gefunden hat, die Zahl der Veröffentlichungen auf Grund sorgfältiger wissenschaftlicher Arbeiten über allgemeine Themata so enorm angewachsen, daß es einer sehr genauen Sichtung des Schrifttums bedurfte, um allem Erwähnenswerten auch nur einigermaßen gerecht zu werden. Anatomische Untersuchungen werden bei den einzelnen Abschnitten der unteren Extremität zu erörtern sein. Eine neue Methode für die vergleichende Längenmessung beider Beine hat Rothenberg angegeben, der die Plicae infraglutaeales als Ausgangspunkt für das Maß bis zum Fußboden hinter der Hacke gewählt hat. Das Fehlen der langen Knochen der unteren Extremität, ihre Ursache, Wirkung und Behandlung hat Ollerenshaw zum Gegenstand einer Untersuchung gemacht bei welcher er zu dem Schluß kam, daß die angeborenen Defektbildungen mit Druck von außen nichts zu tun haben, sondern bedingt sind durch eine Störung oder Stillstand des Wachstums der Gliedknospe in den ersten Lebenswochen. Als zwingenden Beweis für seine Annahme führt er die identische Deformität bei eineiigen Zwillingen an, das Fehlen der linken Tibia, bei denen auch sonst eine bis in die Fingerabdrücke reichende Ähnlichkeit nachzuweisen war. Bei Defektbildungen des Femur ist meist eine annähernd normale untere Extremität vorhanden, so daß ein operativer Längenausgleich zwischen den beiden Beinen in Betracht kommen kann. Nach Looser stellt das Skelett als Ganzes eine physiologische Einheit dar mit einzelnen Punkten, welche statisch einer besonderen Beanspruchung und Belastung ausgesetzt sind und demgemäß bei Allgemeinerkrankungen des letzteren infolge der Herabsetzung ihrer Widerstandskraft bei zu starker Beanspruchung gegenüber anderen Stellen in besonderem Maße Schädigungen erleiden. Das sind die Stellen, an denen sich die für manche Systemerkrankung geradezu typisch erscheinenden, aber den Typ der eigentlichen Grundkrankheit durchaus nicht rein repräsentierenden Veränderungen ausbilden. Als solche lokale Bildungen werden besonders oft Cysten und braune Tumoren gefunden, bekanntlich die regelmäßigen Begleiter der sog. Ostitis fibrosa. Die für diese Krankheit charakteristische fibröse Umwandlung des Knochenmarks bei gleichzeitigem Umbau des Knochens ist nach Looser als ein Prozeß aufzufassen, der rein lokal, nicht allgemein bedingt ist. Solche lokale Bedingungen sind mechanische Reize und Blutungen, welch letztere durch Druck lokale Hohlräume im Knochen erzeugen, die sich mit dem sich verändernden Blut anfüllen und zu den charakteristischen Cysten werden. Daß ein solcher posttraumatischer Symptomenkomplex (markfibrose Bildung von Cysten und braunen Tumoren) sich sehr viel leichter an einem erkrankten Skelett als an einem normalen ausbildet, erklärt die häufige Aufpfropfung der sog. Ostitis fibrosa auf eine Systemerkrankung des Skeletts. Die Geraderichtung von Knochenverbiegungen, speziell bei der Rachitis, und da wieder bei den rachitischen Verkrümmungen der unteren Extremitäten, hat weiter zur Durchprüfung neuerer und älterer Methoden Anlaß gegeben. Den Vorwurf der Umständlichkeit und Gefährdung der Asepsis, welchen man gegen die Segmentierungsmethode von Springer erhoben hat, sucht letzterer dadurch zu entkräften, daß er angibt, die veröffentlichten Fälle seien sämtlich ohne ernstere Wundverlaufsstörung geheilt und nur in 6% seien Nekrosen einzelner Knochenscheiben ohne Beeinflussung des Endresultates aufgetreten. Statt der von Springer angegebenen Segmentierung empfiehlt Brandt die kreuzförmige doppelte Osteotomie des Unterschenkels an der

Stelle der stärksten Verbiegung. 12 Fälle wurden mit gutem Resultat und ungestörtem Heilverlauf so behandelt. Das von Löffler angegebene Verfahren der Resektion des erkrankten Knochenabschnittes, Zerlegung des resezierten Knochens in kleine Stücke und Reimplantation derselben in die Entnahmestelle wurde von Martin nachgeprüft und hat durch letzteren keine günstige Kritik erfahren. Wegen der Gefahr der Fettembolie lehnt die Lexersche Klinik, wie Drevermann mitteilt, die Auffüllung des Periostschlauches mit Teilen des zerkleinerten resezierten Knochens ab, um so mehr, als die Regeneration des entfernten Knochenabschnittes allein durch die periostale Knochenneubildung mit genügender Sicherheit gewährleistet erscheint. Bedeutungsvoll für die Regeneration des resezierten Knochens ist die von dem Autor eingehend geschilderte Entnahme des Knochenstücks, die Vermeidung von Blutergüssen durch sekundäre Hyperämie und die exakte Vernähung des Periostschlitzes. Das Verfahren bleibt nur für die seltenen Fälle reserviert, bei denen eine spontane Ausgleichung der Verkürzung nicht zu erwarten steht. Zur Geraderichtung von Verbildungen der unteren Extremitäten, besonders auf Grund von Rachitis, hat Sorrel bei der Ausführung einer großen Anzahl von Osteotomien bei verschiedenen Modifikationen und Benutzung der Kreissäge nach Albee, die sich sehr gut bewährt hat, sehr erfreuliche Erfolge zu verzeichnen gehabt. Noch einmal werden von Legal sorgfältige Indikationen zur Behandlung der rachitischen Beinverkrümmungen aufgestellt, die abhängig gemacht werden vom Allgemeinzustand, dem Stadium der Erkrankung u. a. und die nur für jene Fälle Geltung haben sollen, bei denen mehr weniger scharfe Abknickungen oberhalb des Fußgelenks und bei hochgradigen Säbelbeinen eine Geraderichtung mit konservativen Maßnahmen nicht erwarten lassen. Während die tuberkulöse Erkrankung der einzelnen Gelenke, mit deren Bearbeitung sich wieder viele Autoren befaßt haben, in den betreffenden Abschnitten besprochen werden soll, seien hier nur die Abhandlungen erwähnt, die sich ganz allgemein mit der Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose befaßten. Die Behandlung der Knochen- und Gelenktuberkulose, wie sie im Wiener Universitätsambulatorium unter Lorenz angewandt wird, hat Hass zusammenfassend dargestellt. Unter Betonung des streng konservativen Vorgehens mit Fixation und Entlastung weist Hass darauf hin, daß bei synovialen Prozessen und während der Nachbehandlung die Fixation allein vollkommen ausreicht, während bei destruktiven Prozessen, namentlich im floriden Stadium, das Zusammenwirken von Fixation und Entlastung ausgenutzt werden muß. Die Fixation der Gelenke in Mittelstellung, aus der sich Contracturen entwickeln können, verdient keinen Vorwurf, da solche Contracturen oft unter allen Umständen eintreten müssen und leicht durch einfache orthopädische Operationen zu beseitigen sind. Nicht die Ruhigstellung sondern der zerstörende Krankheitsprozeß verursacht die Ankylose, welche, falls sie fest und knöchern ist, das erstrebenswerteste Ziel der Tuberkulose-Gelenkbehandlung darstellt. Bei extraartikulären Knochenherden wird die operative Entfernung der tuberkulösen Metastase die Methode der Wahl sein. Wenn Girdlestone auch nicht ganz auf dem Standpunkt der absoluten Ruhigstellung der tuberkulösen Gelenke steht, so kann er sich doch dem der vollkommenen Ablehnung des Gipsverbandes nicht anschließen. Im ersten akuten Stadium, welches durch Schmerzen und Muskelspannungen charakterisiert ist, erscheint die absolute Ruhigstellung sogar angezeigt. Hingegen möchte Girdlestone nach Abklingen der akuten Symptome in dem sog. Zwischenstadium nur eine relative Ruhigstellung des Gelenkes angewendet wissen, da die völlige Ausschaltung aller Bewegungen in diesem Stadium durch starre Fixation der pathologischen Stellung die normalen Heilungsvorgänge geradezu hemmen kann. Ist klinisch Symptomfreiheit eingetreten, dann soll allmählich der Versuch gemacht werden, den erkrankten Teilen die Funktion wieder zu gestatten. Wenn sich bei diesem Versuch der Grad der bisherigen Beweglichkeit verringert, dann ist die Heilung noch nicht vollständig und die Behandlung muß in gleichem Sinne weiter fortgesetzt werden. Operative Maß-

nahmen kommen bei Kindern unter 16 Jahren kaum in Frage, während bei Erwachsenen in vorgeschrittenen Fällen nach erfolgloser konservativer Behandlung die grundsätzliche Ablehnung operativen Vorgehens nicht gerechtfertigt erscheint. Einen ganz ähnlichen konservativen Standpunkt nimmt Wilkowa-Malzewa ein, welcher die Tuberkulose der Gelenke der unteren Extremitäten an der Hand von 150 Fällen bespricht und zu dem Schluß kommt, daß in gewissen Fällen zur Abkürzung des Heilungsverfahrens ein operatives Vorgehen doch angezeigt ist. Eine vollkommene Wiederherstellung von befallenen Knochenteilen, wie sie von Bier und Kisch beschrieben wird, konnte der Autor nicht beobachten. Die bereits früher referierte Methode von Sante Solieri di Forli, einer neuen Art konservativer Behandlung offener tuberkulöser Gelenkerkrankungen, wird von Tedeschi warm empfohlen. Sie eignet sich besonders in den Fällen, in denen Licht- und Sanatoriumsbehandlung versagt haben, auch stets vor verstümmelnden Operationen, dann bei Kranken, die weder die Mittel haben, sich im Sanatorium oder häuslich entsprechend zu pflegen und schließlich für die minderbemittelten als wirksames unschädliches und leicht ausführbares Verfahren. Es besteht, wie bekannt, in der Entfernung von Sequestern und Granulationsgewebe längs der Fistelgänge bei möglichster Beseitigung alles Krankhaften und Naht der Wunde oder bei Offenlassen derselben, Bedecken mit Gaze und Watte und abschließendem Gipsverband. Die Behandlung der traumatischen Gelenkerkrankungen findet in einem sehr lesenswerten Aufsatz von Breitner unter Berücksichtigung des Materials der von Eiselsbergschen Klinik eine sorgfältige Besprechung. Lebhaftes Interesse wendet man immer mehr den plastischen Gelenkoperationen zu. Sie haben, wie Dickson sagt, das Stadium des Experimentes hinter sich und in bezug auf die Methodik eine gewisse Grenze erreicht. Für die Vornahme einer plastischen Gelenkoperation ist ausschlaggebend die sorgfältige Auswahl des Falles, die Wahl der Operationsmethode für die günstigste Wiederherstellung des Gelenkes, die Erfahrung, wieviel vom Knochen entfernt werden muß, welches Interpositionsmaterial verwendet werden soll und die Art der Nachbehandlung. Ein aktiver Prozeß im Gelenk, eine Tuberkulose und eine jahrelange knöcherne Ankylose in guter Stellung geben nach Dickson eine Kontraindikation ab. Mit dem gleichen Thema beschäftigt sich Todd. Nicht nur die Wiederherstellung der Beweglichkeit eines versteiften Gelenkes sondern auch die Erreichung der notwendigen Stabilität gehört zum Begriff der Gelenkplastik. Die Versteifung der Gelenke, die auch noch an anderen Stellen zu besprechen sein wird, insbesondere die Verriegelung, erörtert Hass an der Hand von 8 eigenen Fällen, die alle mit vollkommener Ankylose geheilt sind. Auch die rigiden schmerzhaften Gelenke bei der Arthritis deformans werden, wie die Arbeit von Frankling zeigt, vielfach operiert. Diese Operationen brachten den Patienten eine Befreiung von ihren Schmerzen in fast allen Fällen, auch eine gute Stabilität und Belastungsfähigkeit der Gelenke, doch blieb die Beweglichkeit der letzteren meist hinter den gestellten Erwartungen zurück.

Wie wir bei der Besprechung der Arbeiten über die Deformitäten des Fußes sehen werden, hat man sich ganz speziell mit den Folgen der Kinderlähmung sehr viel befaßt. Der physiologische Gedanke bei der Beurteilung der Kinderlähmung findet in einem holländisch geschriebenen Aufsatz von Biesalski eingehende Besprechung in dem uns bereits bekannten Sinne, während wir Vulpius eine Reihe von interessanten Operationsplänen für Sehnenverpflanzung, Spitzy eine Zusammenstellung der im Wiener orthopädischen Spital angewandten neuen Operationsmethoden bei Kinderlähmungen verdanken. Katzenstein verwendet als Kraftspender einen außerhalb des Lähmungsbezirks gelegenen vollwertigen Muskel und benutzt eine neugebildete Sehne zur Kraftübertragung. Bei Peronaeus- und Tibialislähmung wird der Quadriceps bei Facialislähmung der Temporalis, bei Radialislähmung der Triceps als Kraftspender verwendet. Während Vulpius die Bewertung der Arthrodesenoperation für manche

Gelenkerkrankungen, besonders aber für die gelähmte Schulter wieder ins rechte Licht rückt, auch vom Gesichtspunkt der Ersparung der Apparate, wird auch von anderer Seite das Tragen unbequemer und kostspieliger Apparate immer mehr einzuschränken versucht durch Erhöhung der Tragfestigkeit und Stützfestigkeit des gelähmten Beines. Durch den statischen Umbau gelähmter Beine will Böhm alle technischen Errungenschaften des neuzeitlichen Kunstbeinbaues in das gelähmte Glied hineinbringen und alle Heilungstendenzen des Organismus, insbesondere die Muskelschrumpfung, die Beinverkürzung, den Spitzfuß in diesem Sinne ausnutzen. Die neue Methode des statischen Umbaus nach Böhm soll Apparat und Arthrodese überflüssig machen. Die Bedeutung der statischen Einheit von Rumpf und Beinen für die orthopädische Behandlung der Kinderlähmungen wird von Mommsen in einem ausführlichen, sehr lesenswerten Vortrag erörtert. Die Tabellen, die er zum Ausgleich von Contracturen und zum Ausgleich der Lähmungen und Paresen der Standfestigkeitsmuskeln aufstellt, verdienen wesentliche Beachtung. In dieses Kapitel gehört auch die Arbeit von Serra, welche die Bestätigung der bereits bekannten Tatsache ergab, daß eine direkte Neurotisierung möglich und funktionell ausreichend erfolgreich sein kann. Die Kraftleistung eines gut neurotisierten Muskels betrug mehr als $^3/_4$ des der normalen Gegenseite. Die Implantation eines ganzen Nervenstammes gibt die besten Heilungsaussichten, jede Teilung, auch schon die Aufsplitterung des Nerven, birgt gewisse Nachteile in sich. Beachtenswert erscheint die Feststellung, daß der neurotisierte Muskel selbst nach 136—157 Tagen sich noch deutlich in Farbe, Konsistenz, Umfang und Gewicht von dem der gesunden Seite unterscheiden ließ, die Fasern noch dünner waren, die Querstreifung nicht immer ganz deutlich war, trotzdem der funktionelle Erfolg befriedigte. Die Längenungleichheit der Beine, wie sie beispielsweise bei der spinalen Kinderlähmung häufig auftritt, zu beseitigen, empfiehlt Mayeda statt eine Verlängerung am gelähmten Beine vorzunehmen, eine Kontinuitätsresektion am gesunden Bein, und zwar am Unterschenkel, weil am Oberschenkel die Gefahr einer winkeligen Heilung der Knochenfragmente größer ist.

Von den Arbeiten, welche sich mit den Zirkulationsstörungen an den unteren Extremitäten und ihren Folgen beschäftigen, sind diesmal besonders zahlreich diejenigen über Varicen. Klapp und seine Mitarbeiter konnten nachweisen, daß bei der Entstehung der Varicen die Restprodukte des Stoffwechsels eine bedeutende Rolle spielen, daß in dem Blute der Unterschenkelvenen, wenn sie varicös verändert sind, ein höherer Gehalt an Restprodukten des Stoffwechsels sich findet, als in den subcutanen Venen des Vorderarms. Infolge des hohen Drucks in der klappeninsuffizienten Vena saphena varicosa tritt eine rückläufige Imprägnierung des an Reststoffen reichen Blutes in alle Gewebe des Unterschenkels ein; die so entstehende regionäre Stoffwechselstörung muß als Ursache für die Entstehung des varikösen Symptomenkomplexes und der sich ergebenden Veränderungen angesehen werden. Die Therapie hat deshalb die Aufgabe, die Varicen zu verhindern, Blut zu leiten. Zu diesem Zwecke empfiehlt Klapp die multiple subcutane Diszision der Varicen um vielfache Gefäßverschlüsse herzustellen. Eine Reihe anderer Autoren beschäftigt sich gleichfalls mit der operativen Varicenbehandlung. So berichtet F. G. Meyer über im ganzen günstige Resultate durch die Operation nach Rindfleisch. Schepelmann empfiehlt eine Methode, die er als Phlebexairese, ähnlich dem Vorgang bei Neurexairese bezeichnet, bei welcher nach querer Durchschneidung von zwischen 2 Knäueln liegenden Varicen diese mit Klemmen gefaßt und langsam und vorsichtig auf die Klemmen herausgedreht werden. Ferner ist zu erwähnen die Saphenektomie, welche Durand ausführt, und die in der Entfernung des Endstückes der Saphena interna an der Basis des Scarpaschen Dreiecks und Durchtrennung sämtlicher Kollateralen, in der Resektion der Saphena in einer Ausdehnung von 8—10 cm oberhalb des Conylus int. femoris und einer Entfernung der Saphena interna und ihrer varikösen Äste im ganzen Bereich der Wade in gewissen,

allerdings seltenen Fällen auch noch in der Exstirpation der Saphena externa oder wenigstens ihres oberen Drittels, immer in Lokalanästhesie auszuführen, besteht. Wesentlich ist die Auswahl geeigneter Fälle und die Frühoperation, bevor ausgedehnte Thrombophlebitis und Ulceration eingetreten ist. Eine Modifikation der Venenexstirpation nach Babcock gibt Schapiro an, bei welcher die auf die Sonde gezogene Vene weniger leicht abreißen soll. Die Operationsmethode von v. Kuzmik, welche der Schede-Kocherschen nahesteht und sich nur durch das Knoten der zahlreichen percutanen Ligaturen über Gazezylindern von letzterer unterscheidet, gibt im ganzen sehr gute Resultate, wenn auch die Zahl der Rezidive 10% übersteigt. Auch Kehàr hat von der percutanen Umstechung der Varicen durchaus günstiges gesehen. Was die Indikationen zu solchem Vorgehen betrifft, so sollen nach der Arbeit von Taddei nur solche Varicen in Frage kommen, deren Ursache im wesentlichen mechanischer Natur ist, während angeborene oder durch Diathese (Fettsucht) bedingte Varicen sich nicht zur Operation eignen. Auch ist die diffuse Varicenerkrankung kein geeignetes Objekt chirurgischer Therapie. Jugendliches oder vorgerücktes Alter, Fettsucht, Gefäßherzstörungen, Lungen-, Leber- und Nierenerkrankungen, Phlebitiden, rezidivierende Erysipele, lokale Infektion, harte Ödeme und Elephantiasis geben Kontraindikationen ab. Die von Schiassi angegebene Methode besteht in einer Unterbindung der Saphena vor ihrem Eintritt in die Femoralis und Durchspülung von Lugolscher Lösung durch die Saphena, bis die Flüssigkeit zu einem im mittleren Drittel des Unterschenkels freigelegten und eröffneten Hauptast wieder ausläuft. Viel geübt wird die Injektionsbehandlung der Varicen, wie sie von Linser zuerst in Form von Sublimateinspritzungen, dann aber von 30—40proz. Kochsalzeinspritzungen angegeben wurde. Die Methode hat sich sehr bewährt. Man kann bis zu 20 ccm der 30proz. Lösung einspritzen, auch kann man mehrere Einspritzungen in einer Sitzung vornehmen. Die Bestätigung solcher Resultate durch Elischer, Hültl, Dunbar sei erwähnt. Daß auch mit den Sublimatinjektionen befriedigende Resultate bei genauer Befolgung der gegebenen Vorschriften erzielt werden können und sich ernstliche Zufälle vermeiden lassen, bestätigt Felix Meyer. Auch von Fabry und Bachrach liegen ähnliche Mitteilungen vor, während Remenovsky die Injektion einer 50proz. Traubenzuckerlösung, Przywa die von Attritin empfiehlt. Eine Zusammenstellung der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung von Varicen und ihren Folgeerscheinungen bringt Schlunk.

Entzündliche Veränderungen an den Venen der unteren Extremitäten sind auch Gegenstand mehrfacher Bearbeitungen geworden. So empfiehlt Fischer zur Behebung der Zirkulationsstörung bei Phlebitis einen fest anliegenden Kompressionsverband, mit dem es gelingt, das Venenvolumen zu verengern, die auseinanderstehenden Venenklappen dadurch wieder zum Schließen zu bringen und den Thrombus in der Vene so festzuhalten, daß die Möglichkeit einer Embolie bei genügend fester Kompression als geradezu ausgeschlossen gelten muß und der Patient schmerzlos wieder zu gehen vermag. In keinem der Fälle ist eine Embolie eingetreten, in den frischen, am besten geeigneten, wurde innerhalb von 8—14 Tagen Heilung erzielt. Im übrigen scheint wirklich die Gefahr einer Embolie bei Phlebitis der Saphena äußerst gering, da nach einer Zusammenstellung von Krafft unter 564188 Todesfällen nur in 0,26‰ der Tod die Folge einer Embolie, Thrombose oder Phlebitis war. Bei Fällen von umschriebener Phlebitis wird unter Umständen die hohe Unterbindung der Saphena und die Exstirpation der Knoten in Lokalanästhesie zu empfehlen sein. Auch das nach Phlebitiden auftretende Ödem des Beines wurde operativ angegangen, und zwar hat Pieri ein 10:8 mm großes Stück aus der Art. femoralis herausgeschnitten und durch Naht der Lücke eine Verengerung der Arterie um $2^1/_2$ mm Durchmesser an der engsten Stelle bewirkt. Das Ödem des Beines ging sofort zurück. Die nach Operationen auftretende Thrombophlebitis der unteren Extremitäten empfiehlt Julliard durch Blutegelsetzen zu bekämpfen. Die Erfolge sollen ausgezeichnete sein. Im Anschluß an diese

Arbeiten sei eine Veröffentlichung von Kramer über das zuerst von Laan eingehend beschriebene Krankheitsbild der Phlebitis migrans septica sowie eine Arbeit von Sonntag über das sehr seltene Krankheitsbild der spontan entstehenden, wahrscheinlich auf einer fehlerhaften Anlage des Gefäßgebietes beruhenden langsam wachsenden, mit Verlängerung der erkrankten Gliedmaßen einhergehenden genuinen diffusen Phlebarteriektasie erwähnt. Bei langsam wachsenden weichen Tumoren der Extremitäten, die von einem gewissen Zeitpunkt an schmerzhaft werden, ist an Hämangiome zu denken, worauf Stewart und Bettin unter gleichzeitiger Mitteilung eines Falles von teleangiektatischem Geflecht des Nervus ischiadicus und seiner Äste hinweisen.

Die Elephantiasis kommt viel häufiger angeboren als erblich vor. Gerade den angeborenen Fällen fehlt meist die Erblichkeit. Für die letztere Form ist eine erbliche Disposition zur Lymphstauung anzunehmen; das Gewebe zeigt nach Brandt eine starke Verminderung der Widerstandsfähigkeit und neigt zu infektiösen Prozessen. Weitere Arbeiten, welche dieses Gebiet betreffen, von Contarini, Gaetano und Giordano machen teils Mitteilungen von den verschiedenen Arten dieser Erkrankung, teils beschäftigen sie sich mit den zahlreichen bisher gemachten Behandlungsversuchen. So unterscheidet Contarini eine tropische oder filarische, eine angeborene und eine einheimische Elephantiasis. Gaetano hat durch ovaläres Umschneiden je eines der Dicke des Gliedes entsprechenden Hautbezirks zu beiden Seiten von Ober- und Unterschenkel, Abpräparieren der Haut nach vorne und hinten und Resektion sämtlichen Gewebes bis zum Freiliegen der Muskeln das infiltrierte und ödematöse Unterhautzellgewebe beseitigt und die das Glied einhüllende Fascie bei gleichzeitiger Resektion der Hauptäste der Vena saphena entfernt. Durch Unterbindung der Art. femoralis im Scarpaschen Dreieck sowie durch Excision eines 8 kg schweren Gewebsstückes aus dem Oberschenkel und mehrerer kleinerer aus dem Unterschenkel hat Giordano bei einer im Anschluß an einen Hundebiß entstandenen hochgradigen Elephantiasis eine wesentliche, auch nach einem Jahr noch anhaltende Besserung erzielt. — In dieses Kapitel gehören dann noch die Mitteilungen von Steinsleger über angeborene Hypertrophie von Gliedern vom Typus der Unnaschen Elephantiasis congenita angiomatosa sowie die von Paterson und Wyllie über einseitige Hypertrophie eines Beines bei ausgebreiteten braunen Naevi. — Knochenveränderungen infolge von varikösen Unterschenkelgeschwüren an Tibia und Fibula bestehen in einer Periostitis mit Knochenablagerung, die manchmal die ganze Länge der Knochen gleichmäßig betrifft, manchmal ungleichmäßig und wellenförmig ausgebreitet ist. Die Ursache ist nach Zaffagnini in einer schleichenden Infektion zu suchen, welche von den Ulcerationen aus durch das immer vorhandene Ödem übermittelt wird.

Von den Arbeiten, die sich mit dem Becken, seiner Entwicklung, seinen Erkrankungen und Verletzungen beschäftigen, ist zunächst die von Valtancoli zu nennen, welcher nachweist, daß die Verbindung zwischen Sitz- und Schambein ungefähr im 8. Lebensjahr knöchern wird, daß jedoch bei verschiedenen Prozessen eine Verzögerung, bei Entzündung eine Beschleunigung dieses Prozesses eintritt. In anderen Fällen erfolgt die Verknöcherung in unregelmäßiger Weise. Es wird angenommen, daß dann der Prozeß ein ähnlicher ist wie bei den sog. kindlichen Epiphysitiden.

Von den Mitteilungen über die Tumoren des Beckens sei nur die einer kindskopfgroßen solitären Exostosis bursata, welche von der Darmbeinschaufel eines 34jährigen, sonst gesunden Mannes ausging, erwähnt, über die Kusnetzowsky berichtet. Im Anschluß daran soll eine größere Arbeit über Echinokokkenblasen des Beckens, ihre Pathogenese, pathologische Anatomie und Behandlung genannt werden, die eine sorgfältige Lektüre im Original verdient.

Die akute Osteomyelitis des Darmbeines, die sowohl bei Kindern, wenn auch seltener, häufiger bei Erwachsenen vorkommt, wird in den Arbeiten von Peeremans, Buonsanti, von Desplas, Boppe und Bertrand besprochen und auf ihre

schweren Erscheinungen sowie die schlechte Prognose der Erkrankung hingewiesen. Einen Fall von Osteomyelitis des Schambeins bei einem 14jährigen Mädchen teilt Hontan mit.

Die Erkrankungen der Ileosakralgegend, über welche viel häufiger geklagt wird, als man sich über ihre Natur Rechenschaft zu geben vermag, sind Gegenstand einer Arbeit von Smith-Peterson und werden eingehend in ihren klinischen Symptomen geschildert. Bei den Erkrankungen der Ileosakralgegend werden Oberschenkel und Becken möglichst unverändert in Streckstellung gehalten, bei Erkrankungen der Sakro-Lumbalgegend wird die Lendenwirbelsäule fixiert, während Becken und Hüftgelenk frei beweglich sind. Daraus entstehen für beide Erkrankungen charakteristische Haltungen beim Versuch, den Rumpf nach vorne zu beugen. Die Distorsionen des Sakroiliakalgelenkes machen auch Schmerzen in dieser Gegend, welche meist konstant, bei Vorwärtsbeugung stärker werdend, besonders aber heftig auftreten, wenn eine Last bei nach vorn gebeugter Wirbelsäule gehoben werden soll. Besonders empfindlich ist dann die Spina iliaca post. inferior, besonders auf tiefen Druck oder Stoß. Zusammenstauchen der beiden Cristae iliacae verursacht einen sehr charakteristischen Schmerz. Die interessante Differentialdiagnose läßt sich ausführlich im Referat nicht besprechen und müßte nachgelesen werden. Die bei doppelseitiger Verödung des Ileosakralgelenkes auftretenden Schmerzen, welche sich hauptsächlich im unteren Teil des Rückens lokalisieren, bei Bewegungen zunehmen und in Ruhe verschwinden, veranlassen den Patienten, mit gebeugten Knien zu gehen und mit abgeflachter Lumbalkrümmung sich zu halten, außerdem beim Aufstehen die Hände als Stütze zu benutzen. Die Ileosakralgelenke und der N. ischiadicus sind schmerzhaft, die unteren Rückenmuskeln deutlich gespannt. Die physikalischen Heilmethoden haben sich bei der Behandlung im allgemeinen bewährt. Im übrigen soll man, falls stärkere Schmerzen eine Fixation nötig machen, nach Woldenberg nicht allzu lange fixieren.

Von den seltenen im ganzen nur 87 bekannten Fällen von Tuberkulose des Schambeines sind 2 eigene Fälle von Peeremans zu nennen. Auf 2790 chirurgische Tuberkulosefälle kamen nur 5 auf das Schambein.

Eine Anzahl von Arbeiten hat sich wieder mit den Beckenfrakturen beschäftigt und Klinik, Komplikationen sowie Behandlung dieser Verletzungen besprochen. Von diesen Arbeiten ist eine kleinere von Forsee zu nennen, dann die von Morosowa, in welcher mitgeteilt wird, daß Knochensplitter des gebrochenen Schambeins das Peritoneum verletzt hatten, und daß eine Dünndarmschlinge zwischen den Bruchenden eingeklemmt war. Unter den 4 Fällen schwerer Beckenverletzungen, über die Herrmannsdörfer berichtet, handelt es sich bei zweien um die seltene Luxation des ganzen Beckenringes von dem Fußpunkt der Wirbelsäule am 5. Lendenwirbel. Der Arbeit von Hirsch verdanken wir eine eingehende Besprechung von 102 Fällen, deren Beobachtungszeitraum sich auf 12 Jahre erstreckt. — An dieser Stelle dürfen vielleicht auch gleich die Pfannenbrüche genannt werden mit vollständiger oder unvollständiger Luxation des Femurkopfes ins Becken, welche von Stoccada, Santoro mitgeteilt wurden, und denen Coley einen weiteren hinzufügt mit dem Hinweis, daß die zentralen Frakturen der Hüftpfanne bei stärkster Abduktion und Gipsverband nach Reduktion des Femurkopfes in 3 Monaten mit voller Funktion und Beweglichkeit des Gelenkes ausheilen können. — Der Abbruch des vorderen oberen Hüftbeinstachels, eine, wie es scheint, nicht allzu seltene Verletzung, die fast ausschließlich muskelkräftige Sportsleute im Alter zwischen 15 und 23 Jahren betrifft, und in der Hälfte der Fälle beim schnellen Laufen, hie und da beim Loslaufen und beim Laufen auf unebenem Boden entsteht, wird in den Arbeiten Carp, Balensweig, Kühnast und Ord erörtert. Des Interesses wegen sei hier nur noch ein Fall angeführt, von dem Perons berichtet, daß es bei einem 12jährigen Jungen im Anschluß an eine Coxitis ohne weiteres Trauma und ohne daß eine Verschlimmerung des Leidens sich bemerkbar gemacht

hätte, bei eintretender leichter Subluxationsstellung zu einem Abbruch des oberen Pfannenrandes gekommen war.

Die anatomischen Untersuchungen bezüglich einzelner Teile des Hüftgelenks und der Hüftgegend sind recht spärlich. Eine kurze Mitteilung über die Topographie des N. obturatorius und seine klinische Bedeutung für die Symptomatologie der Coxitis auf Grund von Präparierstudien an 18 Leichen von Ogneff, ein Beitrag zur Frage der Bedeutung des Lig. teres für die Ernährung des Schenkelkopfes von Steden, eine Beschreibung der die Muskeln des Oberschenkels versorgenden Arterien von Solotuchin, und Untersuchungen von Sokoloff über die chirurgische Anatomie und Klinik der Erkrankungen der Glutaealgegend sind alles, was hier zu nennen ist.

Der kongenitale Femurdefekt ist vielleicht etwas häufiger, als man von ihm spricht, denn Berg kann aus der Lorenzschen Klinik 12 Fälle aus den letzten 5 Jahren eingehend mitteilen, Peeremans kann über Hemmungsbildung des Oberschenkelknochens und angeborene Coxa vara bei 3 Fällen berichten und Engelmann konnte einen Fall von kongenitalem Femurdefekt mit erheblicher postnataler Weiterentwicklung des Knochens Mitteilung machen. Hierher gehören wohl auch 2 Spätfälle von angeborener Oberschenkelpseudarthrose mit spitzwinkeliger Abknickung des oberen Fragments an der Grenze zwischen mittlerem und oberem Drittel. Nach der Ansicht von Walther Müller sind diese Fälle Endstadien der in frühester Kindheit unter dem Namen „Femurdefekt“ fälschlich gekennzeichneten Mißbildungen am oberen Femurende.

Die Arbeiten über die kongenitale Hüftgelenksverrenkung sind vielleicht am besten zu beginnen mit der von Harrenstein, die sich betitelt: „Eine gefährliche Periode in der Entwicklung des Hüftgelenkes und ihre Bedeutung für das Entstehen der Hüftgelenksverrenkung“. Die in den letzten Monaten der fetalen Entwicklung entstandenen vielseitigen Veränderungen des Kopfes und der Pfanne sind zweifellos für die Gelenkverbindung sehr schädlich. Besondere mechanische Faktoren in dieser Periode, wie Druck der Gebärmutterwand auf die Beine oder auf das Becken, können durch Überdehnung der Bänder die Grenze zwischen Subluxation und Luxation vor der Geburt überschreiten. Dann findet auch bei der späteren Streckung der Beine keine Rückkehr zur normalen Gelenkstellung mehr statt. Dann ist auch schon vor der Geburt eine Luxation über die untere hintere Partie des Pfannenrandes entstanden. Hat sich aber wie gewöhnlich nach der Geburt durch Streckung der Beine der normale Gelenkzusammenhang wiederhergestellt, so droht nur noch die Gefahr, wenn die Streckung der Beine mit Gewalt ausgeführt wird. Ist der Druck des Pfannenrandes gegen den Kopf zu gering, dann wird der letztere über den oberen Rand der Pfanne nach außen treten. All diese verschiedenen Entstehungsarten der Luxation machen die Unterschiede der verschiedenen therapeutischen Beeinflußbarkeit der Hüftluxationen verständlich. Van Neck hat anatomische Untersuchungen bei der doppelseitigen angeborenen Hüftluxation eines $5^1/_2$ Monate alten Fetus angestellt, und dabei gefunden, daß alle Veränderungen ausschließlich den Knorpelapparat der Pfanne betrafen, die an Tiefe und Ausdehnung stark reduziert war. Die Femurköpfe waren nach hinten abgeplattet und zeigten an den Stellen der Berührung mit dem Becken Eindrücke und eine geringe Retrotorsion. Weitere anatomische Untersuchungen an den Schenkelköpfen eines 9jährigen doppelseitig luxierten Mädchens verdanken wir Heitzmann, der den linken Kopf ein Jahr nach der Reposition, den rechten Schenkelkopf nach mißlungener Reposition untersuchen konnte, da beide Köpfe wegen schwerer Störungen reseziert worden waren. Seine etwas weitgehenden Schlüsse erklären die Perthessche Krankheit als eine Fraktur am nekrotischen Knochen, das von Brandes beschriebene Auftreten der Perthesschen Osteochondritis am reponierten Schenkelkopf als eine nicht richtige Osteochondritis, sondern als Frakturen infolge des Repositionstraumas. Weitere pathologisch-anatomische Untersuchungen an angeborenen Hüftgelenksluxationen teilt

Timmer mit, die er an 2 Hüftgelenken von Erwachsenen anstellen konnte. Die Torsion des Femurs und die damit in Zusammenhang stehenden Fragen hat Altmann eingehend untersucht und ist zu dem Resultat gekommen, daß dieselbe nur beim Menschen vorhanden ist, und hier mit dem aufrechten Gang zusammenhängt. Sie entsteht nicht durch eine intrauterine Beeinflussung, sondern ist ein Zeichen der primären Wachstumsrichtung des Knochens und eines Überwiegens der Außenrotatoren des Oberschenkels. Im Leben tritt durch die Belastung eine Detorsion ein. Im übrigen scheint nach einer Arbeit von Albrecht Meyer die Bedeutung der Torsion des Schenkelhalses für die Behandlung der kongenitalen Hüftgelenksluxation weit überschätzt worden zu sein, denn die Fälle mit hohen Torsionen zeigten nicht gerade ein besonders auffällig schlechtes Resultat und gaben auch kein schwereres Repositionshindernis ab. Allerdings zeigen innerhalb sonst normaler Torsionsgrenzen stärkere Torsionen eine gewisse Erhöhung des Reluxationsprozentsatzes, so daß etwa 3% aller Reluxationen auf das Konto der Torsion von 30—45° zu rechnen sind. Da bei Verminderung der Spreizstellung in der Nachbehandlungsperiode sich infolge der Antetorsion der Trochanter major am Becken anstemmt, kommt es zu einer Reluxation des Kopfes, die sich vermeiden läßt, wenn man das Femur detorquiert. Deshalb hat Brandes ein Korrekturverfahren hochgradiger Antetorsionen ausgearbeitet, das nicht sofort nach der Reposition erfolgt, sondern erst beim 2. Verband angewendet wird und im Original nachzulesen ist. Auch die Einkrempelung des Limbus nach Ludloff, die Pfannentascheneinklemmung bei unwegsamem Isthmus, können ein weiteres Repositions- bzw. Retentionshindernis bei der kongenitalen Hüftgelenksluxation abgeben. Bragard und Walter konnten an einem anatomischen Präparat eine Kapsel- und Muskeleinklemmung zwischen Trochanter und oberem Pfannenrand feststellen, welche in der 2. Stellung nach Lange verschwand. Noch immer werden diagnostische Zeichen für die angeborene Hüftluxation angegeben, so nennt Ettore die Möglichkeit, das krankseitige Bein so weit nach innen zu führen, daß es die Mitte des gesundseitigen Oberschenkels überkreuzt, das sog. Überkreuzungszeichen, das übrigens auch bei Coxa vara, Schenkelhalsbruch und Lähmung der Hüftmuskulatur positiv sein kann. Diagnostik und Behandlung der kongenitalen Hüftluxation finden lesenswerte Erörterung in einem kurzen Aufsatz von Lance, auf den hier ebenso hingewiesen sei wie auf eine Arbeit von Brandes über die Einstellung des Femurkopfes bei der Hüftluxation, weil die letztere eine ganze Reihe wichtiger Tatsachen über die dem Schenkelkopf zu gebende Stellung enthält und auch sonst eine Menge Anregungen bietet. Die Arbeiten von Gourdon, Buonsanti, Charier, Parisel, denen die Mitteilungen von Soutter und Lovett sowie die Arbeit von Schultz aus der Langeschen Klinik anzureihen sind, beschäftigen sich vorzüglich mit der unblutigen Behandlung der angeborenen Hüftgelenksluxation sowie den Ergebnissen solcher therapeutischer Bestrebungen, wobei besonders hervorzuheben ist, daß erstens die Prozentzahlen der Erfolge gut übereinstimmen, dann aber, daß von den genannten Autoren auf schonendste Reposition großer Wert gelegt wird und die Einrenkung unter Extension im Bradfordschen bzw. Langeschen Apparat vorgenommen wird. Nach dem 7. Lebensjahr nimmt die Wahrscheinlichkeit einer völligen anatomischen und funktionellen Heilung ab. Fälle, die nur einmal reponiert worden sind, zeigen keine Veränderung des Kopfes, hingegen 20—24% der mehrfach reponierten Fälle. Unvollständige Einrenkung, unvollständige Nachbehandlung und steiles Pfannendach sind die Ursachen der Reluxationen. In 60% der Fälle hat sich das Pfannendach gebessert. Postoperative Versteifungen werden auf zu lange Verbandbehandlung in extremer Abduktion zurückgeführt. Auf den großen Wert der vorbereitenden Extension bei den schwierigen Einrenkungen älterer Kinder und Erwachsener und die Bedeutung des M. ileopsoas weist auch Fränkel hin, welcher bei Mißlingen der unblutigen Reposition die Durchschneidung des den Kapselisthmus einschnürenden Ileopsoas vorgenommen hat. Die Beseitigung der Antetorsion, die

Le Damany als ein wesentliches Moment betrachtet, und der den Kontakt der Gelenkflächen durch Abhebelung des Kopfes aus der Pfanne verhütet, sucht dieser dadurch zu erreichen, daß während der 2. Phase der Behandlung kein Gipsverband getragen wird, jedoch in der Abduktionsstellung Auf-und-ab-Bewegungen mit dem Oberschenkel in einem mit dem Beckengispverband in Verbindung stehenden Schienenapparat ausgeführt werden, der 4—6 Monate getragen wird. Ebenso weist Roederer auf die Bedeutung der Extension für die Reposition älterer Hüftgelenksluxationen hin. Bei Kindern über 10 Jahren und bei Erwachsenen empfiehlt Parijski die Pseudarthrosenoperation nach Hoffa, da die unblutige Reposition nicht mehr zum Ziele führt. Die Fälle von veralteter kongenitaler Hüftluxation mit ständigen Schmerzen und merklichen Gehstörungen, die trotz vorausgegangener kräftiger Extensionsbehandlung nicht unblutig eingerenkt werden können, werden, wenn auch eine Scheinreposition dem Kopf keinen festen Halt am Becken verschafft, unter entsprechenden Vorsichtsmaßregeln blutig eingerenkt werden können. Hingegen kommen, wie Löffler in seinem schönen Referat in den Ergebnissen für Chirurgie und Orthopädie betont, jenseits des 15. Lebensjahres nur die verschiedenen Palliativoperationen in Frage, von denen die Schanzsche Osteotomie mit medialer Einknickung zur Erzielung eines Beckenhaltes und die von Lorenz und von v. Baeyer gleichzeitig beschriebene Gabelung des oberen Femurendes mit Einstellung des unteren Fragmentes an die Primärpfanne empfohlen werden. Ob das Deutschländersche Verfahren die Palliativoperationen verdrängen und die blutige Operation auch bei Erwachsenen ermöglichen wird, muß einem endgültigen Urteil nach sorgfältiger Prüfung vorbehalten bleiben. Ob die Empfehlung von Galloway, die blutige Reposition schon bei kleinen Kindern als den einfacheren, ungefährlicheren und erfolgversprechenderen Modus der Behandlung vorzunehmen, auch bei uns Anklang finden wird, möchten wir sehr stark bezweifeln. Die Lorenzsche Bifurkation, deren Technik genaue Ausführung, Indikationsstellung und Erfolge eine Arbeit von Hass eingehend bespricht, hat so ausgezeichnete Erfolge, daß Lorenz selbst ihr Indikationsgebiet folgendermaßen umgrenzt: 1. Einseitige irreponible kongenitale Luxation, 2. wiederholt reluxierte kongenitale Luxation, 3. pathologische Luxation, 4. paralytische iliacale Luxation, 5. irreponible traumatische iliacale Luxation, 6. schwere Coxa vara, 7. schlaffe Schenkelhalspseudarthrose, 8. schwere Fälle von schmerzhafter Arthritis, 9. gewisse Fälle kongenitaler Entwicklungshemmung des coxalen Femurendes, 10. alte Coxitis. Einem schematischen Vorgehen in bezug auf die Bifurkation möchte Wullstein wiedersprechen, und wenn alle Voraussetzungen gegeben sind, in gewissen Fällen nach Lexer oder Deutschländer operieren. Die Mitteilungen über die Resultate der Bifurkationsoperation sind, wie die Arbeiten von Natzler, Spišič, Reich und Froelich zeigen, durchaus erfreuliche. Selbstverständlich müssen die Vorschriften der angegebenen Tecknik genau befolgt werden. Auch die geringen Nachteile, welche die Operation mit sich bringt, wie eine unbedeutende Zunahme der Verkürzung, und die sich einstellende so häufige Begleiterscheinung des bei der alten kongenitalen Hüftluxation auftretenden Genu valgum können den Wert der Operation nicht schmälern. Die Arbeiten von Schepelmann und Hackenbroch beweisen dies. Die geringe Beschränkung der Beweglichkeit im reponierten Hüftgelenk kann gegenüber dem Verschwinden der Schmerzen und dem Hinken wohl nicht als besonderer Nachteil angesehen werden. Trotz allem bleiben die Erfahrungen Deutschländers über die operative Radikalbehandlung der veralteten angeborenen Hüftgelenksverrenkung, die er im Alter von 8—35 Jahren in 50 Fällen ausgeführt hat, recht beachtenswert. Auf anderem Wege wurde gleichfalls versucht, dem nach oben tretenden Kopf einen Halt zu verschaffen. So hat Spitzy einen breiten, der Tibia entnommenen Knochenspan zur Verbreiterung des Pfannendaches am oberen Pfannenrand eingeschlagen, Lance hat bei Verrenkungen und Subluxationen auf ähnliche osteoplastische Weise bei gleichzeitiger Verlagerung des Trochanters nach abwärts günstige Erfolge erzielt, während

Camera oberhalb der alten eine neue Pfanne gebildet hat, in welcher er den Kopf durch Tiefersetzen des Trochanters und Spannung der pelvi-trochanteren Muskeln mit Erfolg festzuhalten vermochte. Auch gegen die Hüftcontractur bei nicht reponierten kongenitalen Hüftluxationen, die außer der Funktionsstörung und kosmetischen Schädigung anhaltende Kreuz- und Hüftschmerzen verursacht, ist man vorgegangen: entweder durch Fixation der erkrankten Hüfte oder durch Inversion nach Lorenz evtl. durch Osteotomie bzw. Gabelung. Auch hier kann Saxl von guten Erfolgen berichten. Immer wieder interessieren Spätluxationen und Spätreluxationen der Hüfte. Erstere kommen stets nur in einem von vornherein nicht normal gewesenen Gelenk vor. Ihre Behandlung wird nach dem Versuch einer Fixation auch nur eine Inversion nach subcutaner Tenotomie der Adductoren oder eine Gabelung nach Lorenz sein. Diesen Mitteilungen von Hass sei eine kurze Arbeit von Schanz angefügt, die sich mit den Späterkrankungen der Hüfte nach rechtzeitig eingerenkter angeborener Hüftgelenksluxation befaßt. Die bei alten unbehandelten Hüftgelenksluxationen oft plötzlich eintretenden Schmerzen, die von akuten coxitisähnlichen Reizzuständen begleitet sein können, erklären sich nach Pitzen aus der Durchreibung der Kapselhaube an der Darmbeinschaufel, wobei bisweilen der luxierte Kopf noch höher tritt als bisher. Je nach dem Grad der Erscheinungen kommen Streck- oder ruhigstellender entlastender Gipsverband, nach Abklingen der Beschwerden Osteotomie und später entlastender Apparat in Frage. Chronische Schmerzerscheinungen solcher Hüften hängen meist mit empfindlichen Muskelsträngen, Myogelosen zusammen, die durch eine besondere Massagetechnik weitgehend gebessert werden können. Zum Schluß dieses Kapitels seien noch 3 Arbeiten aufgeführt, die sich mit der nunmehr nicht mehr zweifelhaften Spontanheilung angeborener Hüftgelenksverrenkungen beschäftigen. Im ganzen sind, wie Jungmann mitteilt, 24 Fälle im Schrifttum niedergelegt. Eine Erklärung für diese Spontanheilung versucht Slomann zu bringen, indem er auf die Schrumpfung der Gelenkkapsel hinweist. Auch Kopits berichtet über 3 eigene röntgenologisch genau verfolgte Fälle von solchen Spontanheilungen.

Die Arbeiten über die traumatische Hüftluxation sind verhältnismäßig spärlich, haben aber immerhin einiges Interesse. Chrustalew berichtet über 3 Fälle, die er in Bauchlage ohne Narkose eingerenkt hat. Die Methode ist von Collin in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts angegeben und dann vergessen worden. Die gleiche Methode wird von Dshanelidze wärmstens empfohlen, zumal es gelingt, selbst bei sehr muskelkräftigen Patienten die Reposition schnell und leicht vorzunehmen. Für die Luxatio obturatoria liegen die anatomischen Verhältnisse für eine Operation so ungünstig, daß, wie Kochs sagt, von vornherein auf eine solche verzichtet werden sollte. Die Resektion kann nach Dollinger und Streissler indiziert sein bei Kranken mit vorwiegend sitzender Lebensweise, bei Frauen im geschlechtsreifen Alter, bei Komplikationen mit gröberen Frakturen des Kopfes, bei besonders starker Muskelverkürzung oder hochgradiger Osteophytenbildung. Nicht unwichtig sind die Fälle von traumatischen Hüftluxationen im Kindesalter, über welche Rendu und Maitrejean an der Hand von 2 Fällen berichten, zumal die über 59 Fälle verfügende Arbeit von Choyce über die Beziehung dieser kindlichen traumatischen Hüftgelenksluxation zur Pseudocoxalgie sich äußert und feststellt, daß in einer Anzahl der Fälle trotz des guten primären Resultates etwa nach 11 Monaten erneutes Hinken auftrat, das sich bis zu coxitisähnlichen Symptomen steigerte. Als Grund für diese Erscheinung wird die Zerreißung der im Ligamentum teres verlaufenden Gefäße angegeben, deren Bedeutung im Kindesalter größer ist als später. In einem Falle konnte man röntgenologisch 15 Monate nach der Luxation einen Knochenschwund des Schenkelhalses und Subluxation des Schenkelkopfes nachweisen. Wie weit bei den gewöhnlichen subcutanen Luxationen sowie bei den traumatischen Epiphysenlösungen Ernährungsstörungen in der Schenkelkopfepiphyse auftreten und welchen Einfluß dieselben dann auf die weitere Entwicklung

des Schenkelkopfes gewinnen, das war die Frage, welcher experimentelle Untersuchungen Walter Müllers dienen sollten. Während der Gelenkknorpel völlige Unversehrtheit aufwies, zeigte sich weitgehende Nekrose des subchondralen Knochengewebes, Schwund der spezifischen Zellelemente und statt dieser ein lockeres, sehr stark riesenzellenhaltiges Bindegewebe. In keinem Falle war eine Totalnekrose als die Folge einer traumatischen Epiphysenlösung festzustellen. Im Verlaufe der 4. Woche traten ganz regelmäßig Veränderungen auf, die als Umbauprozesse im Gelenkkopf, wie man sie von der Arthritis deformans her kennt, aufzufassen sind. Nach Walther Müller hat man es bei den Endausgängen der Perthesschen Krankheit und der Coxa vara adolescentium mit Umbauköpfen zu tun, denen als ätiologisches Moment eine Nekrose der Epiphyse vorausgegangen ist.

Die Schenkelhalsfraktur hat wohl durch die noch immer wenig befriedigenden Resultate wieder eine Reihe von Autoren auf den Plan gelockt und zu Nachprüfungen verschiedener Methoden eigene, sorgfältigste anatomische Studien und Mitteilung der erzielten Resultate veranlaßt. In meisterhafter Weise hat Schmorl die pathologische Anatomie der Schenkelhalsfrakturen an 32 Sektionsfällen unter Zuhilfenahme eingehender mikroskopischer Studien durchgearbeitet und etwa folgendes festgestellt: bei vollständiger Zerreißung des synovialen Überzuges des Halses kann eine nahezu völlige Nekrose des Kopfes eintreten. Im fovealen Gebiet bleiben stets mehr oder minder große Bezirke des Markes und des Knochens am Leben. Da die im Ligamentum teres vorhandenen Gefäße zur Aufrechterhaltung der Zirkulation im abgebrochenen Kopfe genügen und den Eintritt von Nekrosen hintanzuhalten vermögen, kann auch bei völliger Durchtrennung des synovialen Überzuges des Halses eine Nekrose des Kopfes, wenn auch selten, ausbleiben. Dort, wo zwischen proximalem und distalem Fragment unzerrissene Abschnitte des synovialen Überzuges Verbindungen bilden, kommt es je nach dem Gefäßgehalt des letzteren zu mehr oder minder ausgedehnten Nekrosen im Kopf. An der Bruchfläche kommt es nur zu einer geringen Entwicklung von endostalem medullär gebildetem Knochen, auch die metaplastische Knochenbildung hält sich in sehr engen Grenzen. Eine periostale Callusbildung vermißt man bei jeder Schenkelhalsfraktur, weil dem synovialen Überzug des Halses die dem Periost eigentümliche Cambiumschicht völlig fehlt. Heine, Hesse und andere äußern sich in ganz ähnlicher Weise über die pathologische Anatomie des Schenkelhalsbruches, nur sei noch auf einen Befund von Heine bei einem mit Pseudarthrose abgeheilten intrakapsulären Schenkelhalsbruch hingewiesen, bei welchem nicht die normale Gelenkfläche des Kopfes die der Pfanne berührte, sondern eine ganz neue Knorpelschicht mit einer knorpelartig überzogenen Gelenkfläche, die sich über dem alten Gelenkknorpel gebildet hatte. Eine anatomisch-pathologische, röntgenologische und klinische Studie an 100 eigenen Beobachtungen von Schenkelhalsfrakturen von Lussana bringt auf fast 200 Seiten mit großer Gründlichkeit alles, was über dieses Thema bekannt ist. Welche Bedeutung Architektur und Blutversorgung des Schenkelkopfes und -halses für die Schenkelhalsfrakturen haben weist Kolodny in einer sehr interessanten Arbeit nach. Noch wichtiger scheinen die an 9 Präparaten subkapitaler Schenkelhalsfrakturen vorgenommenen Untersuchungen von Bonn zu sein, der bei ähnlichen Feststellungen, wie sie Schmorl gemacht hat, zu der Ansicht kommt, daß man nach jeder subkapitalen Schenkelhalsfraktur, welche mit Zerreißung des vorderen Kapselüberzuges einhergeht, mit dem Auftreten einer sekundären Arthritis deformans rechnen müsse. Für die Behandlung kommt nach Bonn als Methode der Wahl die Dekapitation in Frage, falls aber der vordere Kapselüberzug sich als gut erhalten erweist, sollte unter Leitung des Auges die exakte Reposition der Fragmente mit nachfolgender Einkeilung durch Schläge auf den Trochanter major vorgenommen werden. — Es muß ganz allgemein festgestellt werden, daß die Methode von Whitman sich auch in Europa immer mehr Anerkennung verschafft hat.

Wenn auch nicht prinzipiell die unblutige Methode gewählt wird, so weisen doch sehr viele Autoren auf die große Bedeutung des Whitmanschen Vorgehens hin. Die Arbeiten von Axhausen, Löfberg, Anschütz und Portwich, von Carothers, Port, Fromme und Wilson äußern sich alle in diesem Sinne, und wollen nur bei schlaffen Pseudarthrosen, die allerdings nicht allzu selten sind, ein operatives Eingreifen für gerechtfertigt halten. Über günstige Einwirkung seiner Schienenbehandlung berichtet Bradford, was ja noch keiner Heilung gleichkommt und auch schon früher mit dem Hessing-Apparat erreicht werden konnte. Was nun die operative Behandlung dieser Verletzung angeht, so spricht sich König für die Resektion des Kopfes und Herrichtung des restierenden Schenkelhalses zu einer Krummstabform aus, welcher durch Tiefersetzen des Trochanters am Schaft einen festeren Halt in der Hüftgelenkspfanne findet. Die Verschraubung der Schenkelhalsfrakturen mittels verschiedener Schrauben, von denen Martin besonders die Holzschrauben empfiehlt, wird in den Arbeiten von Hotz, Richard, Robineau und Contremoulin, die Nagelung von Patel und Lambotte, der mehrere Nägel verwendet, eingehend besprochen. Bei Schenkelhalsfrakturen, die nicht knöchern geheilt sind, empfiehlt Hildebrand zur Vermeidung des Herausrutschens des in die Pfanne eingestellten verhältnismäßig kurzen Schenkelhalses letzteren dadurch zu verlängern, daß man durch keilförmige Wegnahme von Knochen die Grube zwischen der medialen Fläche des Trochanter major und dem Schenkelhals beiderseits vertieft. Eine neue Operationsmethode hat A. W. Meyer angegeben. Durch Bohrlöcher am oberen Pfannenrand und am Trochanter wird ein gut bleistiftdicker zusammengerollter Fascienlappen aus der Fascia lata durchgezogen und die Enden fest mit Seide vernäht, nachdem vorher nach Entfernung des Kopfes der Trochanter gut für die Pfanne zurechtmodelliert ist. Über die Fernresultate dieses Verfahrens berichtet Dzialoszynski, daß von 9 nachuntersuchten Fällen 5 mit beweglicher Hüfte und 4 ankylotisch geheilt waren. Einen vermittelnden Standpunkt nimmt Schanz ein, der die nach Schenkelhalsbrüchen zurückbleibenden Gehstörungen auf 4 Gruppen von Patienten verteilt: 1. solche mit einem knöchernen tragfähigen, aber mit Dislokation geheilten Schenkelhals, die sich mit der Tatsache der Verkürzung bzw. mit dem Hinken leicht abfinden. 2. Solche mit einem knöchern verheilten, aber nicht voll belastungsfähigen Schenkelhals, bei dem Reizerscheinungen am Gelenk und ein allmähliches Höherrücken des Trochanters durch eine Entlastungsschiene evtl. eine subtrochantere Osteotomie gebessert werden können. 3. Solche, wo die Heilung nur eine bindegewebige Verwachsung zwischen den Bruchenden darstellt, und für die eine unblutige Einkeilungsmethode oder Nagelung, auch eine hohe Osteotomie aussichtsvoll sind, im Weigerungsfalle wird eine Schiene gegeben, und 4. solche mit ausgesprochenen Nearthrosen, wo nur die Resektion des Kopfes mit der von Schanz angegebenen tiefen subtrochanteren Osteotomie in Frage kommen kann.

Das von Hoffa aufgestellte in den letzten Jahren wieder vielfach angezweifelte Krankheitsbild der kongenitalen Coxa vara wird neuerdings anerkannt als ein Krankheitsbild eigener Art, das nach Schanz gar keine seltene Deformität darstellt. Es beruht, wie Nilsonne angibt, auf einer Ossificationsstörung, die wahrscheinlich wieder Folge einer embryonalen Gefäßanomalie ist. Die vertikale Stellung der Epiphyse ist nicht pathognomonisch, wohl aber ihre unregelmäßige, ungleichmäßige Abgrenzung. Im Beginn des Leidens steht der Schenkelhals annähernd horizontal, während die Trochanterspitze nur ganz wenig über dessen Niveau hinausreicht. Später hat man den Eindruck, als sei der Schenkelhals am Schaft nach abwärts gerückt. Im 1. Stadium besteht die Behandlung nach Schanz in der subtrochanteren Osteotomie mit Abduktion des Femurschaftes; im 2. Stadium kommt man damit nicht aus, weshalb Schanz nach Exstirpation des Kopfes das Femur subtrochanter osteotomierte und das Bein in Abduktion eingipste. Die Resultate waren über Erwarten gute. Die Coxa vara adolescentium hat größeres Interesse gefunden. Immer mehr macht sich die Ansicht

geltend, daß die Epiphysiolysis capitis nicht traumatischen Ursprungs ist, sondern daß pathologische Veränderungen der Schenkelhalsgegend schon aus ganz geringem, oft gar nicht merkbarem Anlaß eine spontane Epiphysenlösung zustande kommen lassen. Wenn auch häufig Adolescente von bestimmtem Typus von einer solchen Affektion betroffen werden, so ist doch diese Dystrophie nicht die einzige Ursache der Coxa vara adolescentium. Vulliet glaubt, daß Anomalien der Gefäßversorgung im Schenkelhals eine Rolle spielen. Mehrmonatige Bettruhe mit Extension, Gipsverband in Abduktion und Einwärtsrotation führen stets zur Heilung, oft unter glänzender Wiederherstellung der normalen Verhältnisse am Schenkelhals. Auch Kidner faßt die Erkrankung als durch eine endokrine Störung verursacht auf, während er Rachitis und Trauma als Ursache ablehnt. Im Gegensatz zu den meisten Autoren spricht sich Wilson mehr für die operative Wiederherstellung der ursprünglichen Stellung des Kopfes zum Halse aus. Im ganzen sind die Ergebnisse der unblutigen Reposition durchaus günstig, wenn auch Mau durch sorgfältige Untersuchung gezeigt hat, daß das auf dem Röntgenbild nach dem Redressement zu sehende gute Resultat auf einer Täuschung beruht. Daß wirklich ein Erkrankungsprozeß die Ursache für die Entstehung der Deformität abgibt, zeigen neuerlich mikroskopische Untersuchungen von Kappis an einem Präparat einer 8 Monate alten Epiphysenlösung, an welchem eine Totalnekrose des Kopfes, sowie eine Nekrose des Markes in vielen Bezirken sich zeigten, so daß es verständlich wird, daß der Nekrosen, junges Bindegewebe und Knorpelinseln enthaltende Kopf dem Gewicht des Körpers nicht standhält, sondern deformiert wird. Auch bei einem 14 jährigen Mädchen konnte Kappis klinisch und röntgenologisch die allmähliche Entstehung einer Coxa vara in einer mehrmonatlichen Beobachtung nachweisen. Interessante und anregende Mitteilungen über die Behandlung der Coxa vara werden vielleicht die Therapie in neue Bahnen lenken. Nach dem Vorgehen von Lexer wird, wie Rohde mitteilt, unmittelbar proximal vom Trochanter major, weil hier mit reichlicher Gefäßversorgung, gutem Periost und deshalb kräftiger Callusbildung gerechnet werden kann, der Schenkelhals von oben her etwa bis zu $^2/_3$ seiner Masse eingemeißelt und durch Abduktion und mäßige Innenrotation der Rest der stehengebliebenen Corticalis eingeknickt. Hierauf wird ein lebender autoplastischer periostloser Tibiaspan oder ein Stück Fibula in den Schenkelhals bis in den Kopf hineingetrieben. Der nun in starker Abduktion und mäßiger Innenrotation angelegte Gipsverband bleibt etwa 6 Wochen liegen. Indiziert ist diese Operation in allen Fällen, welche durch Ruhe, Entlastung und Extension nicht zum Stillstand zu bringen sind. Dieser mehr morphologischen Operation stellt sich in einer Arbeit von Bragard eine physiologische entgegen, die durch Verlagerung des Trochanter mit seinen Muskelansätzen nach unten die Verlaufsrichtung der pelvi-trochanteren Muskeln etwa so gestalten möchte, daß sie wie bei der Coxa valga zu einer Insuffizienz führt. Einen ganz ähnlichen Gedanken hat Brandes gehabt, der ihn aber etwas anders zu verwirklichen suchte. Bei der progressiven Muskeldystrophie, beim Verlieren des Insertionspunktes (Oberschenkelamputation) werden die Tragverhältnisse der pelvi-trochanteren Muskeln schlechter, das Gewicht des Beines wird allmählich den Schenkelhalswinkel strecken, eine Coxa valga wird entstehen. Deshalb verspricht sich Brandes von der Resektion des Trochanter major und der Durchschneidung der in der benachbarten Fossa trochanterica ansetzenden kleinen Muskelgruppen eine günstige Einwirkung auf die funktionellen Verhältnisse der Deformität. Bei der oben genannten subtrochanteren Osteotomie knickt Schanz das proximale und distale Frakturstück so gegeneinander ab, daß ein nach der lateralen Seite offener Winkel entsteht, dessen Größe dem Maße der Abbiegung des Schenkelhalses entspricht.

Wie immer, haben wir nur über spärliche Arbeiten über Coxa valga zu berichten. Eine interessante Untersuchung hat Ettore über die Ätiologie der Coxa valga und der Luxation bei Spastikern angestellt und gefunden, daß die Coxa valga luxans mit Aus-

nahme einiger seltener Fälle von Entzündungen der Epiphyse alle Affektionen und Mißbildungen begleitet, welche direkt oder indirekt die Funktion des Beines beeinträchtigen. Er vertritt die Ansicht, daß fast überall dort, wo durch die Spasmen Deformitäten hervorgerufen werden, bereits Defekte der Gelenkenden vorhanden sind.

Die Osteochondritis deformans coxae juvenilis (Perthes) hat in dem Berichtsabschnitt eine überaus große und reiche Bearbeitung erfahren. Es mehren sich naturgemäß die Zahlen der lange beobachteten Fälle. So werden durch Noble aus der Mayo-Klinik bereits 56 Fälle mitgeteilt, die in den letzten 10 Jahren zur Beobachtung gekommen sind, davon 10 doppelseitige. Daß man besonders dem Endzustand der Perthesschen Krankheit sein Augenmerk zuwendet, ist leicht verständlich, und so bringt Camurati einen Bericht über 3 Fälle, die 11, 12 und 13 Jahre lang beobachtet worden sind. Sie entsprechen den folgenden 3 Typen Waldenströms. 1. Typus der leichten Abflachung des Kopfes. 2. Typus, bei welchem der Kopf in Anteversion den Hals überdeckt, von dem er scheinbar gelöst ist, und 3. Typus, bei welchem die starke Abflachung des Kopfes, dessen höchster Punkt tiefer steht als der Trochanter, besonders imponiert. Aber auch Frühfälle werden mitgeteilt, und zwar einer von Pitzen, der schon 3 Wochen nach einem Trauma erhebliche Veränderungen aufwies, u. a. auf dem Röntgenbild ein Verschwommensein der Epiphysenlinie, eine Abplattung der Kopfkappe mit zahlreichen dunkleren und helleren Flecken in derselben und 2 Fälle von Riedel. Das ganze Krankheitsbild der Osteochondritis deformans coxae juvenilis wird sehr übersichtlich und eingehend auf Grund eigener Beobachtung und einer außerordentlich fleißigen Literaturstudie, die 238 Publikationen umfaßt, von Caan nach jeder Richtung hin beleuchtet. Am meisten scheint augenblicklich die Ätiologie der genannten Erkrankung zu interessieren, zu der sich auch noch der leider viel zu früh dahingegangene Perthes geäußert hat. Die letzte Ursache dieser im Wachstumsalter in die Erscheinung tretenden Osteochondropathie ist wohl in einer embryonal bedingten Entwicklungsanomalie zu suchen. Die Erfahrungen, die mit den verschiedenartigsten Behandlungen gemacht worden sind, legten die Vermutung nahe, daß es sich bei der Perthesschen Krankheit um eine Skeletterkrankung handelt, die zu weitgehender Spontanheilung neigt, sobald das kritische Lebensalter von 5—12 Jahren überwunden ist und allgemein gute Lebensbedingungen hierfür die geeignete Grundlage bieten. Auf ganz ähnlichem Standpunkt bezüglich der Ätiologie stehen Delitala, Jansen, Kirste, von denen sich der erste besonders gegen die infektiöse (osteomyelitische) Ätiologie ausspricht. Er ist der Ansicht, daß es sich bei der Coxa plana um eine Entwicklungsstörung des Schenkelkopfes handelt, der länger knorpelig bleibt und sich unter der Belastung deformiert. Die Ursachen hierfür liegen im intrauterinen Leben und bedingen Störungen im Knochengewebe selbst oder in den Organen, welche die Verknöcherung regulieren. Auch Jansen spricht von einer intrauterinen Druckschädigung infolge von zu kleinem Amnionsack als der letzten Ursache der Coxa plana. Nach ihm spielen bei der Entwicklung der letzteren 3 Umstände eine große Rolle: der Zustand des Schenkelhalses, die Lebensschwäche des Kindes und die Abflachung der Hüftgelenkspfanne. Das letztere Moment kommt zustande entweder durch Verdickung des Bodens der Pfanne, wodurch sie zu klein wird, oder durch Überhängen des Os ischii, wodurch sie zu breit wird. Auch Hass sieht das Wesen der Erkrankung in einer Störung der enchondralen Ossifikation, für welche eine konstitutionelle Disposition angenommen wird. Für die bisher bekannten ätiologischen Faktoren stellt Büttner ein Schema auf, das sich in endogene und exogene Ursachen gliedert, alles berücksichtigt, was bisher erforscht worden ist und für die weitere Sichtung des Beobachtungsmaterials fruchtbare Anregungen geben dürfte. Er selbst glaubt, daß die Infektion in der Ätiologie der Perthesschen Krankheit eine größere Rolle spielt als bisher angenommen wurde. Es liegt nahe, daß unter den ätiologischen Faktoren auch die Allgemeinkonstitution und vor allem Störungen der Schilddrüsentätigkeit genannt werden, wie dies Reich getan hat. Daß das Trauma

als Entstehungsursache der Krankheit vielfach genannt wird, ist verständlich, besonders in dem Sinne, daß durch das Trauma die Blutversorgung der Femurepiphyse durch Schädigung der Arterien gestört wird. Diese Ansicht, die Galvin vertritt, findet eine Unterstützung in den Anschauungen von Nussbaum, der auf Grund der Ergebnisse eigener am Hunde angestellter experimenteller Versuche feststellen konnte, daß die Perthessche Erkrankung in einer primären Nekrose des knöchernen Schenkelkopfes durch Gefäßverschluß besteht, und daß sich im Anschluß daran eine Störung der enchondralen Ossifikation der vorher normalen Epiphyse entwickelt. Der Anschauung von Tillier, daß es sich nicht um eine infektiöse Knochengelenkerkrankung handelt, steht die von Rinaldo entgegen, der mehr im Sinne von Galeazzi die Infektion ätiologisch beschuldigt. Hauptsächlich sind es noch 3 Punkte, in denen die Meinungen über die Perthessche Erkrankung auseinandergehen: 1. Der pathologisch-anatomische Befund. 2. Die Ätiologie und 3. die Frage nach der sekundären Arthritis deformans. So glaubt Rehbein im Gegensatz zu Perthes, daß das Wesen der Erkrankung in einer Ernährungsstörung der Epiphyse liegt und daß Trauma und Infektion als auslösende Ursachen unter Umständen auch als alleinige in Frage kommen. Die Klassifikation der Perthesschen Erkrankung hat vielfach übereinstimmende Ansichten gefunden, denn nach Galeazzi und Uffreduzzi geht aus den klinischen, röntgenologischen und pathologischen Befunden der Osteochondritis juvenile coxae, der Osteoarthritis juvenilis und der Coxa plana eindeutig hervor, daß es sich bei allen um die gleiche Affektion handelt, die vielleicht in verschiedenen Stadien zur Beobachtung gelangt. Sehr interessant und nicht so ohne weiteres abzutun sind die Anschauungen von Calot, der behauptet, daß die Osteochondritis deformans eine verkannte angeborene Deformität ist. Das doppelseitige Auftreten des Leidens, der stets negative bakteriologische Befund, sowie der Hochstand des Kopfes und die abnorme Stellung desselben zur Pfanne sollen diese Annahme unterstützen. Er geht sogar noch weiter, indem er die Coxa plana als eine in Wirklichkeit nur röntgenbildlichen Ausdruck der besonderen Dystrophien medullären und cerebralen Ursprungs bezeichnet, welche der angeborenen Hüftgelenkverrenkung eigen sind. Nach ihm müßte man logischerweise die Coxa plana nur bei den angeborenen Luxationen oder Subluxationen, nie bei einer normalen Hüfte finden. Bei der Untersuchung von mehreren Hunderten Hüftgelenken fand er in 3% der Fälle Veränderungen, die familiären Charakter aufwiesen und in die Gruppe der Hüftluxationen gehörten. Nur in 10% war es zu einer typischen Luxation gekommen, während in den übrigen Fällen es sich um eine Subluxation handelte. In der Literatur werde immer nur von jenen Fällen gesprochen, bei denen es zu einer Hüftluxation gekommen ist, diejenigen aber, bei denen auch die Vorbedingungen vorlagen, wo aber der äußere Anstoß fehlte, würden nicht erwähnt. Als Äquivalente träten dann andere Erkrankungen auf, unter denen Calot folgende anführt: 1. Die Coxalgie, die nur einen Schmerz in einem schlecht gebildeten Gelenk darstellt, dessen Gleichgewicht gestört ist, 2. die fälschlich diagnostizierte Tuberkulose des Schenkelhalses, die nur in den seltensten Fällen eine Tuberkulose ist. 3. Die Coxa valga subluxans und mehr als die Hälfte aller Fälle von Coxa vara, die angeborene Defekte darstellen. 4. In über $^9/_{10}$ aller Fälle von Hüftrheumatismus, Arthritis deformans und Malum coxae senile handelt es sich ebenfalls um angeborene Veränderungen. 5. Auch die Coxa plana und die Perthessche Erkrankung gehörten hierher, was Calot neben den oben angeführten Momenten aus den zahlreichen Übergängen an Röntgenbildern beweisen will, die den Zusammenhang zwischen Subluxation und Osteochondritis erkennen lassen. Eine nahe Verwandtschaft dieser beiden Affektionen möchte auch Tillier annehmen, doch glaubt er hervorheben zu müssen, daß eine solche Verwandtschaft nur in dem Sinne besteht, daß, wenn der Kopf zu klein ist und besonders bei Mädchen mit dem breiteren Becken sich eine Luxation, wenn der Kopf genügend groß ist und unregelmäßig gestaltet, sich eine Osteochondritis mit ihren Folgezuständen entwickelt, deren Analoga man bei gewissen eingerenkten Luxationen

während des Wachstums wiederfindet. Diese etwas mehr morphologische Einstellung findet keine Stütze in der sehr interessanten und wichtigen Arbeit von Nussbaum über die arteriellen Gefäße der Epiphysen des Oberschenkels und ihre Beziehungen zu normalen und pathologischen Vorgängen. Aus seinen Versuchsergebnissen schließt Nussbaum, daß es sich bei der Perthesschen Erkrankung um Zirkulationsstörungen handelt, welche alle zuführenden Gefäße aus bisher unbekannten Gründen treffen. Ob infektiöse oder traumatische Vorgänge dabei eine Rolle spielen, entscheidet Nussbaum nicht; embolische Prozesse will er gänzlich ausschließen. Auch Jansen nimmt wenigstens für einen Teil der Erscheinungen, die Fragmentation des Kopfes, einen partiellen Gefäßverschluß an, wenn er auch die Entstehung der Perthesschen Krankheit entweder auf eine zu flache oder eine zu weite Hüftgelenkspfanne zurückführt und sich damit doch wohl etwas den Anschauungen von Calot nähert. Vielleicht bringen die schönen experimentellen und klinischen Beobachtungen zu den Umbauprozessen am jugendlichen Hüftgelenkskopf von Walther Müller neues Licht in diese Fragen. Wenn Müller einen 22jährigen Mann beobachten konnte, der mit 18 Jahren eine traumatische Hüftluxation erlitten hatte, und der an dem gleichen Bein, als nach der Amputation des anderen eine stärkere Belastung erforderlich wurde, eine typische Perthessche Erkrankung aufwies, so geht wohl daraus hervor, daß Umbauprozesse hier am Werke sind, die fraglos durch mechanische Momente stark beeinflußt werden. Was die Diagnose der Perthesschen Erkrankung betrifft, so ist trotz aller genauer Beschreibungen und auch trotz des Röntgenbildes nicht in allen Fällen eine sichere Unterscheidung gegenüber der Coxitis tuberculosa zu machen. Die Differentialdiagnose wird in einer Arbeit von Heiner besprochen, während Gaugele auch darauf hinweist, daß in den Anfangsstadien die Unterscheidung auch röntgenologisch nicht zu treffen ist. Daraus erklären sich wohl manche Irrtümer in den verschiedenen Mitteilungen. In der Arbeit von Baumgartner und Moppert ist ein Fall mitgeteilt, der trotz der großen Ähnlichkeit mit einer Osteochondritis deformans coxae doch sicher nur eine Tuberkulose war.

Das wirklich vielfach und so eingehend bearbeitete und besprochene Problem der Arthritis deformans zieht immer noch weitere Kreise an; es scheint, als ob man sich gegenseitig noch nicht restlos verstünde, aber vielleicht bringen immer noch mehr Arbeiten endlich eine allgemeine Klärung und Übereinstimmung. Die Arthritis deformans, ebenso wie die unter dem Namen Epiphysitis deformans zusammengefaßten Erkrankungen gehören in ein großes gemeinsames Gebiet der Skelettveränderungen, bei denen im Anschluß an irgendwelche irgendwie entstandene primäre regressive Veränderung eine Regenerationsbewegung der Gewebe auftritt. In dieses Gebiet gehören, wie Burckhardt weiter ausführt, manche Formen von Gelenkerkrankungen, welche zu Versteifung führen, gehört die Bildung von freien Körpern, nicht arthritischen Ursprungs, gehört insbesondere die Frakturheilung. Gemeinsam ist allen diesen Veränderungen auch noch, daß sie mit Infektion, Stoffwechselkrankheiten, Konstitutionsanomalien an sich nichts zu tun haben, daß die Regeneration aufs engste mit der Funktion verknüpft ist, um so mehr aber von ihr beeinflußt wird, je näher am Gelenk selber die Regeneration vor sich geht. Die Veränderungen der Hüftpfanne bei Arthritis deformans werden von Lang besprochen. Pathogenetisch können Traumen eine Rolle spielen insofern, als sie örtlich Zusammenhangstrennungen zur Folge haben können, welche zur Callusbildung führen, zugleich mit fortschreitender Schädigung der Elastizität des Knorpels, die dann unter entsprechenden Umständen bei funktioneller Überbeanspruchung von einer Arthritis deformans gefolgt sind. Eine besondere Form der Arthritis deformans, die zur Subluxation des Schenkelkopfes und zur fortschreitenden Versteifung des Gelenks führt, wird von Delbet und Monhard beschrieben. Über die chirurgische Behandlung der Osteoarthritis des Hüftgelenks macht Glissan Mitteilung, ohne wesentlich Neues zu bringen. Die Wiederherstellungsoperation des Hüft-

gelenks, wie sie ursprünglich für ungeheilte Schenkelhalsfrakturen bestimmt war, wurde neuerdings von Whitman auch für die Arthritis deformans angewendet, zumal die bisherige operative Behandlung dieser Erkrankung, die meistens eine knöcherne Ankylose beabsichtigte, manches zu wünschen übrig ließ. Nach der Methode von Groves wird nach Resektion des Schenkelkopfes und Interposition eines Fascienlappens zwischen Schenkelhals und Pfanne eine Beweglichkeit in dem operierten Gelenke erstrebt, jedoch mit dem Nachteil, daß der Trochanter zu stark in Kontakt mit dem oberen Pfannenrand gebracht wird und so ein neuerliches Hindernis für die Abduktion abgibt. Whitman geht nun so vor, daß nach Resektion des Kopfes der Trochanter mit allen an ihm ansetzenden Muskeln vom Schaft abgeschlagen wird, um nach Einstellung des Halses in die Pfanne weiter distal am Femur wieder befestigt zu werden. Damit ist für den Patienten ein sicherer Gang und ein bequemeres Sitzen gewährleistet.

Die verschiedenen Formen der Hüftgelenksentzündungen, auch der chronischen, sind im Röntgenbild durchaus nicht immer auseinander zu halten. So weist Massabuau auf chronische Veränderungen im Hüftgelenk hin, deren Ursache eine ganz milde Osteomyelitis ist, und bei denen sich als der Ausdruck eines abnormen Reizes auf den Knorpel durch eine milde Staphylokokkeninfektion eine Coxa valga geringen Grades findet. Alle Übergänge von den leichten zu den schwersten infektiösen Hüftgelenkentzündungen werden beobachtet. So betont Giuntini, daß im frühen Kindesalter bei den infektiösen Hüftgelenksentzündungen die resultierenden Veränderungen am Kopf so gering sein können, daß man ohne genaue Anamnese an eine angeborene Luxation denken müßte. Erfolgt die Reposition nicht bald, so können sich sekundäre Veränderungen einstellen, die eine spätere dauernde Heilung verhindern. Ähnliche Luxationen treten aber auch auf, wenn infolge der akuten Coxitis schwerste Zerstörungen von Kopf und Hals erfolgen. Selbst in den Fällen, in denen man den Zusammenhang zwischen Kopf und Pfanne zu erhalten vermochte, können sich Veränderungen entwickeln, die dem Bilde der Osteochondritis deformans coxae völlig gleichen. An der Hand von 6 einschlägigen Fällen zeigt nun Giuntini, daß selbst bei anfänglich kaum erkennbaren Strukturveränderungen nach einem beschwerdefreien Stadium von 10 Jahren die typischen Zeichen einer Osteoarthritis auftreten. Arbeiten ähnlichen Inhalts von Lamy und Benoiste-Pilloire weisen darauf hin, daß bei Subluxationsstellung nach akut eitriger Arthritis am Hüftgelenk am Röntgenbild das Fehlen des Kopfepiphysenkernes, eines Teiles des Schenkelhalses und des Pfannendaches auffällt. Bei den Pseudoluxationen im Gefolge von Pneumokokkenarthritis gelingt es wohl, im Gegensatz zur kongenitalen Luxation, den Kopf durch einfachen Zug in die Pfanne herunterzuziehen, doch rutscht dieser sofort wieder an seinen alten Platz zurück.

Die ernste Prognose der akuten infektiösen Osteomyelitis im Bereiche des Hüftgelenks erhellt klar aus der Arbeit von Portwich, aus der hervorgeht, daß bei 25% der Fälle mit dem Exitus letalis zu rechnen ist, bei dem übrigen $^3/_4$ mit Heilung, und zwar in $^1/_4$ der Fälle auch mit funktionell genügendem Resultat. Das Hauptproblem der Behandlung der akuten Hüftgelenkserkrankung bleibt also die Erhaltung des Lebens. So gering auch der Einfluß einer internistischen Behandlung dieser schweren Allgemeininfektion erscheint, so schwierig die chirurgischen Eingriffe wegen der anatomischen Verhältnisse sind und so hoch die Mortalität, so muß doch hervorgehoben werden, daß die Bluttransfusion von 500 ccm frischen defibrinierten Blutes in einzelnen Fällen, wie Irwin mitteilt, Erstaunliches geleistet hat. Immerhin bleibt noch nach Überwindung der größten Gefahr die Sorge um die Schmerzen und die Funktion zurück, die nach dem jeweiligen Zustand des Hüftgelenks und dem Allgemeinzustand des Patienten eine entsprechende chirurgische oder chirurgisch-orthopädische Behandlung erfordern.

Immer mehr macht sich die Notwendigkeit geltend, die tuberkulöse Coxitis von der nicht tuberkulösen zu unterscheiden. Die Differentialdiagnose der letzteren scheint nicht leicht zu sein, denn genauere Nachuntersuchungen alter Fälle zeigen häufig,

daß die ursprünglich als wahrscheinlich tuberkulös bezeichnete Erkrankung keineswegs eine tuberkulöse war. Traumatische Coxitiden, eine Coxa vara, Hüftgelenkserkrankungen bei akuten Exanthemen und andere Infektionskrankheiten, sekundäre metastatische Coxitis und die Perthessche Krankheit kommen hier differentialdiagnostisch in Betracht. Im allgemeinen kann man sagen, daß bei Kindern unter 1 Jahr, bei Fehlen sonstiger tuberkulöser Erscheinungen, die tuberkulöse Coxitis seltener ist als die nichttuberkulöse. Für die etwas älteren Kinder muß auch daran festgehalten werden, daß eine Coxitis, die nur durch Bettruhe verschwindet, sicher keine tuberkulöse war. Solche chronische, nicht tuberkulöse Hüftgelenksentzündungen des jugendlichen Alters werden von Froelich auch Wachtumshüftgelenksentzündungen genannt, und in 4 Hauptgruppen eingeteilt. 1. Die trockene, chronisch progressive Form mit zunehmender Luxation des Schenkelkopfes, 2. die progressive Vertiefung der Hüftpfanne bei intaktem Schenkelkopf, 3. die Osteochondritis deformans juvenilis und endlich die eigentliche Coxa vara adolescentium, welche eine Epiphysitis der oberen Femurepiphyse bei älteren Kindern darstellt. In 92% der Fälle ist die Coxitis tuberculosa, wie Buzby mitteilt, vor dem 10. Lebensjahr bei Kindern aufgetreten. Ihre Behandlung und die funktionellen Resultate derselben, über die Gordon Pugh in einem ausführlichen Referate sprach, wird, wenn sie früh einsetzt, zu einer völligen Rückbildung des beginnenden Krankheitsprozesses führen können, doch vermag ein Aufschub von wenigen Wochen das Bild völlig zu ändern. Er, wie alle anderen Redner, die sich an der Aussprache beteiligten, legten Wert auf die Durchführung einer Fixation, besonders im akuten Stadium und Elmslie betonte, daß eine Nachuntersuchung bei einer großen Reihe von Kindern ergeben hat, daß solche mit knöcherner Ankylose viel leistungsfähiger waren als solche mit beweglichem Gelenk. Für alle Fälle von Hüftgelenkstuberkulosen im späteren Stadium erscheint, wenn der Knorpelbelag ergriffen, der Knochen usuriert und die Kapsel schwer geschädigt ist, die knöcherne Ankylose als das Ziel der Behandlung. Wohl können fibröse Ankylosen durch Jahre hindurch reizlos sein, doch ist stets zu befürchten, daß zu irgendeiner Zeit ein schweres Rezidiv auftreten kann. Von den Arbeiten, die sich mit sonstigen Erkrankungen des Hüftgelenkes beschäftigen, wäre zu nennen die von Malerba über die tertiäre Syphilis des Hüftgelenkes bei 3 Patienten, die von Elmer über jugendliche Tabes dorsalis mit Zerstörung beider Hüftgelenke und die über die Chondromatose des Hüftgelenks von Henderson.

Von den Arbeiten, welche sich mit Operationen im Bereiche des Hüftgelenkes zur Besserung von Lähmungszuständen befassen, ist zunächst die von Magnus zu nennen, dem es gelungen ist, den M. ileopsoas durch den Rectus abdominis zu erstzen. Mit dem Ersatz des Glutaeus aus dem Sacrospinalis beschäftigt sich eine Arbeit von Keck, der in 18 bis $1^1/_4$ Jahr zurückliegenden Fällen eine außerordentliche Besserung des Ganges durch Überpflanzung des Sacrospinalis erzielt hat. Dieser Muskel eignet sich besonders, weil er ein Synerget des Glutaeus ist und in der Richtung des gelähmten Muskels zieht. Aus dem Sacrospinalis wird ein Lappen gebildet, durch Seide verstärkt und zur Hälfte am Trochanter major, zur Hälfte am Trochanter minor befestigt. Ferner ist eine Arbeit von Simon zu erwähnen, der in einem Fall von sehr schlechten Glutaealmuskeln außer einer Arthrodese am Knie- und Fußgelenk eine subtrochantere Osteotomie am Oberschenkel im Sinne von Schanz ausgeführt hat, wodurch der Gang des 19jährigen Mädchens mit der hochgradigen Lähmung wesentlich gebessert wurde. Von den Operationen im Bereiche des Hüftgelenkes zur Wiederherstellung seiner besonderen Funktionen der Belastung und der Beweglichkeit ist zunächst der „halbe Langenbeck“ zu erwähnen, den Payr als muskelschonende Zugangsoperation für die Hüfte ausgearbeitet hat; fast alle Ansätze der vom Becken zum Oberschenkel ziehenden Muskeln werden erhalten, die ganzen Auswärtsroller bleiben geschont, und nur unbedeutende Anteile des Glutaeus und ein Teil der Sehne des Glutaeus minimus werden von ihrem Ansatz gelöst. Zum Schluß dieser Arbeiten seien noch die von Brshosowsky über

die Exarticulatio interileo-abdominalis genannt, die sich mit den 43 aus der Literatur zusammengestellten und einem eigenen Fall beschäftigt. Als Indikationen stellt er auf: bösartige Geschwülste des oberen Femurendes und Beckens, ausgedehnte tuberkulöse Erkrankungen, tiefe entzündliche Prozesse und schwere Beckenverletzungen. Im ganzen sind 6 Methoden bekannt. Diese von Löffler wegen eines Osteosarkoms des Beckens vor 5 Jahren ausgeführte Operation hat zu einer völlig einwandfreien Heilung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit bei dem Patienten geführt.

Von den Publikationen über Oberschenkelfrakturen sei zunächst das ausführliche Referat von Dujarier und Imbert über geschlossene Frakturen am oberen Femurende auf dem 33. französischen Chirurgen-Kongreß genannt. Die Oberschenkelfrakturen der Kinder werden recht verschieden behandelt. Mayet empfiehlt zunächst einen Streckverband und über diesen einen Gipsverband anzulegen, welcher das Becken umfaßt und bis zu den Condylen des Femurs geht. 268 Fälle kindlicher Femurfrakturen haben Burdick und Siris zum Gegenstand einer größeren Arbeit gemacht. Häufigkeit und Sitz, Art der Frakturen werden besprochen und bis zum 6. Lebensjahre die etwa 4 Wochen dauernde und von weiteren 2 Wochen Bettruhe gefolgte Suspension empfohlen. In der Mehrzahl der Fälle gleichen sich anfängliche Verkürzungen nach 1 Jahr ganz oder fast ganz aus. Bezüglich der Oberschenkelfrakturen der Erwachsenen ist die Arbeit von Bosch, die sich mit der statistischen Verwertung von 223 Oberschenkelschaftfrakturen beschäftigt, sowie die von Metz über die Behandlung der Schenkelbrüche zu erwähnen. Sofort nach der Verletzung legt Cannaday eine Heftpflasterextension mit 35—40 Pfd. Belastung für 1—2 Tage an, später genügt leichtere Extension im Bett und beim Verlassen des Bettes Extension in der Thomasschiene. Auch Conwell, der an der Hand von 110 Fällen die Ergebnisse der Extensions- und Suspensionsbehandlung zusammenstellt, hält diese für die zweckmäßigste Behandlungsmethode; sobald genügende Callusbildung vor Verschiebung der Bruchenden schützt, tritt statt der Suspension und Extension der stützende Apparat unter Zuhilfenahme von Krücken ein. Gegenüber den eben empfohlenen Methoden konnten Campbell und Speed an den Ergebnissen der Behandlung der Oberschenkelfrakturen von Kindern und Erwachsenen feststellen, daß die vielfach geübte Zugbehandlung der sorgfältig durchgeführten Gipsverbandbehandlung unterlegen ist. Im allgemeinen sind die Resultate der letzteren, wie sie die Autoren mitteilen, eher besser als bei der Extensionsbehandlung. Oberschenkelfrakturen mit schlechter, nicht anders zu beseitigender Stellung mit Gewebsinterposition, mit Hautverletzungen, welche das Anlegen von Streck- und Feststellungsverbänden unmöglich machen, und schließlich solche, bei denen der Zustand des Kranken eine konservative Behandlung gefährlicher erscheinen läßt, als eine offene, sollen Gegenstand operativer Vereinigung sein. Am besten wird, wie Phillips hervorhebt, zur Schienung gesunder Knochen des Verletzten verwendet, namentlich sollte bei verzögerter Callusbildung von der Verwendung körperfremden Materials Abstand genommen werden. Sollte indes Art und Ausdehnung des Bruches eine langdauernde Fixation nötig machen, dann sind am besten die Laneschen Platten zu verwenden. Zum Schluß dieses Kapitels noch 2 Fälle von Bruch des Trochanter minor, die in den Arbeiten von Langdon und Moreau und Lecouturier mitgeteilt werden.

Die Zahl der Veröffentlichungen, welche sich mit den Erkrankungen und Verletzungen des Kniegelenkes und deren Folgen beschäftigt haben, ist diesmal nicht besonders groß, nur wenige Arbeiten beschäftigen sich speziell mit der Kniegelenkstuberkulose.

Von diesen Arbeiten ist ein Beitrag zur Frage der Resektion des tuberkulösen Kniegelenks von Dementjew zu nennen, der in 71 Fällen von tuberkulöser Gonitis durch Resektion 67mal eine volle Heilung ohne Fistelbildung, 2mal mit Fistelbildung beobachtet hat, während 1 Patient amputiert werden mußte und einer an Miliartuberkulose zugrunde ging. Fortgeschrittene und langdauernde Prozesse bei Erwachsenen

waren ihm Indikationen zum Eingriff. Auf anderem Wege hat Lavalle bei käsiger Kniegelenkstuberkulose und Gelenkfungus durch operatives Verfahren in 20 Fällen regelmäßig Heilung erzielt, indem er auf jeder Seite des Gelenkes einen aus dem Schienbein des gesunden Beines entnommenen Knochenspan eingepflanzt hat. Die Transplantation hatte eine rasche Besserung des Allgemeinzustandes zur Folge. Als Vorbereitung zur Operation wurde 14 Tage lang extendiert, nach der Operation die Extension eine Zeitlang aufrecht erhalten. Im 5. bis 6. Monat wurden die Knochenspäne, die nun in einem festen Stützgewebe lagen, entfernt. Gute Resultate hat in 2 Fällen florider Tuberkulose des Kniegelenks mit nicht ausgeheilten Herden im Tibiakopf bzw. im Femurcondylus Roth durch Resektion, Auskratzung der Knochenherde und Interposition eines Fascienlappens, sogar mit Wiederherstellung einer guten Beweglichkeit im Gelenk, erzielt. Gründliche Excision der Synovialis bei gleichzeitiger Ausräumung der in den Epiphysen gelegenen Herde und Verwendung der Moosetigschen Plombe brachten van der Zijpen sehr gute Resultate.

Die Binnenerkrankungen und -verletzungen des Kniegelenkes sind weiter Gegenstand vielfacher Bearbeitung gewesen. Die Elastizitätsverhältnisse der Kapsel und der Ligamenta collateralia des menschlichen Kniegelenkes sind von Katzenstein und Fecher genauer untersucht worden. Die besten Elastizitätsverhältnisse zeigen gesunde 20—40 Jahre alte Männer, während die elastische Vollkommenheit bei jüngeren und älteren Männeren und bei Frauen wesentlich schlechter ist. Auch haben Menschen von asthenischem Typ schlechte elastische Eigenschaften. Krankheiten von längerer Dauer, wie Tuberkulose und Rachitis, schädigen die elastischen Eigenschaften. Der Kniegelenksmeniscus wurde von Ishido eingehend studiert. Während er bei Neugeborenen und Säuglingen aus derbem kollagenen Bindegewebe besteht, wandelt sich dieses bei zunehmender Belastung in Faserknorpel um. Durch chemische Einflüsse können sich Teile des Faserknorpels in hyalinen Knorpel umwandeln. Menge und Beschaffenheit der Gelenkflüssigkeit spielen in der Pathogenese der Meniscuserkrankungen sicher eine beachtenswerte Rolle. Bei Allgemeinerkrankungen des Kniegelenks nimmt der Meniscus in gleichartigem Sinne teil. Bei deformierenden Erkrankungen der Gelenkknorpel und statischen Störungen der Gelenke erleidet er schwere sekundäre Schädigungen. Durch die geweblichen Veränderungen kann es zu spontanen partiellen Loslösungen von Meniscusteilen kommen, so daß nicht alle sog. Meniscusfrakturen traumatischen Ursprungs zu sein brauchen. Die Binnenverletzungen des Kniegelenkes, ihre Pathologie und moderne Behandlung wurden von Fisher in einem ausführlichen Werke dargestellt. Als Übersichts- und Nachschlagebuch ist es namentlich auch wegen der Einschaltung charakteristischer Krankheitsgeschichten wertvoll und enthält die Verletzungen der Menisken und der Plicae alares, die Corpora mobilia, die Osteoarthritis, die Verletzungen der Seiten- und Kreuzbänder. Auf großer Erfahrung fußend, bespricht ferner Bircher die Binnenverletzungen des Kniegelenkes und ihre Diagnose. Auch nach ihm sollte im allgemeinen häufiger als bisher operativ vorgegangen werden. Ebenso wie Allison, der die Besichtigung des Gelenkinnern zur Aufklärung über die Art der Erkrankung und die Möglichkeit der richtigen Behandlung dem Ultrakonservatismus entgegenstellt, spricht sich Bircher für die operative Therapie der Meniscusverletzungen prinzipiell nach dem 1. oder 2. Rezidiv, ebenso nach Einklemmung und nach Luxation aus. Die Exstirpation ist die Methode der Wahl.

In bezug auf die Entstehung der Osteochondritis dissecans neigt Bircher der Ansicht zu, daß geringfügige Traumen oft schon genügen, um das Krankheitsbild zu erzeugen. Immerhin anerkennt er das Bestehen einer konstitutionellen Disposition im Knorpelgewebe. Nicht nur die fertig ausgebildete Gelenkmaus sondern auch frische Knorpelablösungen sind operativ zu entfernen. Die Resultate solcher Kniegelenksoperationen, die besonders häufig an den Menisken vorgenommen werden, schildern Surls und Osgood an der Hand von 181 Operationen, eine Arbeit, die eine Reihe von

Anregungen für Studien und Vergleiche bringt. Weitere Mitteilungen über Knieverletzungen und ihre Behandlung, über die Osteochondritis dissecans, Meniscusverletzungen, Hoffasche Fettgeschwulst, über die traumatischen Ergüsse des Kniegelenkes verdanken wir den Arbeiten von Dehmel, Colvin, Clayton, Kreuscher, Brystow und Mayet. In seiner Arbeit über den Abgrenzungsvorgang am epiphysären Knochen, Osteochondritis dissecans (König) bringt Axhausen eine außerordentlich sorgfältige Publikation. In der durch die pathologische Impressionsfraktur erzwungenen Umwandlung des Regenerationsvorganges liegt der Kern der weiteren Erscheinungen, welche Axhausen als Abgrenzungsvorgang zusammenfaßt. Dieser Abgrenzungsvorgang ist nichts anderes als der durch die pathologische Impressionsfraktur und durch die Ausbildung des Knochentrümmerwalles in seiner äußeren Erscheinungsform und in seinen Folgewirkungen modifizierter Reorganisationsvorgang am toten Knochen. Der Abgrenzungsvorgang ist ein regeneratorischer Prozeß, der frei ist von Infektion und Eiterung. Er führt infolge der physikalischen Eigenart des Substrates zu einer anatomischen Trennung des subchondralen Bruchstückes von der Epiphyse, welche mit einer Lockerung des Zusammenhanges verbunden ist. Erst sekundäre traumatische Einwirkungen können die Lockerung zur mechanischen Ablösung steigern, die an bestimmten Gelenken zur vollkommenen Loslösung wird. Aus der Gruppe der gelenkmausbildenden Gelenkaffektionen sucht Leb die Ätiologie der sog. Osteochondritis dissecans ätiologisch abzugrenzen. Er kommt zu dem Schluß, daß sich für die sog. Osteochondritis dissecans als einen selbständigen chronischen Entzündungsvorgang keine Beweise erbringen lassen, zumal sich ihr Symptomenkomplex nicht von jenen Formen traumatischer Gelenkmausbildung trennen läßt, die nach einem sichergestellten Unfall erst längere Zeit nach einem rheumatoiden Vorstadium zu freien Gelenkkörpern geführt hat. Er neigt zu der Annahme, daß das als Osteochondritis dissecans beschriebene Krankheitsbild dem Gebiet der Gelenkfrakturen unterzuordnen ist. Über die Entstehung der freien Körper und über die Mechanik des Kniegelenks gibt eine größere Arbeit von Burckhardt Aufschluß. Zwischen Kniescheibe und Femurcondylen sind nach ihm Kräfte am Werke, welche das Zustandekommen einer Fraktur erklären können.

Einzelheiten dieser interessanten Arbeit müssen im Original nachgelesen werden. Freie Körper im hinteren Teil des Kniegelenkes und Bemerkungen über Drainageverhältnisse daselbst sind der Inhalt einer Arbeit von Peereman.

Das Schnell-Phänomen des Kniegelenkes, das lange Zeit die verschiedensten Erklärungen gefunden hat, wird auf Grund von autoptischen Erfahrungen auf Veränderungen des lateralen Meniscus zurückgeführt. Die Arbeiten von Mandl, Clemen, Wild beschäftigen sich mit dieser Erscheinung. Die von Groves und Smith ausgearbeitete Methode zum Ersatz zerrissener Ligamenta cruciata wurde von Bartocchi und Bianchetti nachgeprüft; sie besteht darin, daß zusammengedrehte Stücke der Fascia lata durch entsprechend gerichtete Knochenkanäle an Femur- und Tibiacondylen hindurchgezogen werden, so daß sie innerhalb des Gelenkes die verlorengegangenen Ligamente ersetzen.

Die Arbeiten, welche sich mit den Folgen der Lähmungen des Kniegelenkes beschäftigen, bringen wieder eine Reihe von Anregungen. Hier ist zunächst eine Arbeit von Merkel zu nennen, die sich mit der Funktion der Vasti beschäftigt. Die Streckung des Unterschenkels ist in 2 verschiedene Muskelaktionen zu zerlegen: die Initialstreckung bis zu einem Streckwinkel von 165° ist als Funktion des langen Kopfes des Quadriceps zu betrachten, die Schlußstreckung geschieht unter hauptsächlichster Mitwirkung der Vasti und des Sartorius. Der Rectus femoris bedarf am Ende der Kniestreckung der Hilfe der Vasti. Die Sehnenverpflanzungen wegen Quadricepslähmung, von denen Colonna 101 Fälle nachuntersucht hat, wurden fast durchwegs nach der Whitmanschen Technik ausgeführt, wobei die freigelegte Sehne mit ihrem Periostansatz oder sogar einem Knochenstück in die Quadricepssehne oberhalb der Patella eingepflanzt

wurde. In der Mehrzahl der Fälle gab es gute Resultate. Bei genügender Stärke des Biceps ergibt die Transplantation der Bicepssehne bessere Resultate als die Verpflanzung der Sehnen der inneren Beuger. Zur Behebung der Quadricepslähmung empfiehlt Schepelmann die direkte Vereinigung des distalen, vom Becken abgelösten Endes des M. rectus abdominis mit dem am unteren Darmbeinstachel abgetrennten bis zur Mitte des Oberschenkels mobilisierten proximalen Ende des Rectus femoris, während Dunn und Wilson Stuart die Transplantation des Tensor fasciae mehr empfehlen als die der Beugemuskeln. Nastrucci wieder empfiehlt besonders den Sartorius, Biceps, die Fascia lata, dann den Semimembranosus und Semitendinosus zur Überpflanzung. Nach einem Vorschlag von Lange, den Erector trunci zum Ersatz der gelähmten Glutaei heranzuziehen, wurde im März 1924 diese Operation von Kreuscher mit gutem Erfolge ausgeführt. Nach 8 Monaten konnte der Patient das Körpergewicht mit dem operierten Bein tragen und ohne Krücken oder Stock gehen. Dort, wo keine Muskulatur mehr vorhanden ist, und die Patienten von dem Apparat loskommen möchten, ist die Arthrodese des Kniegelenkes das Verfahren der Wahl. Um die Arthrodese sicher zu gestalten, empfiehlt Gaimanowitsch die Femurcondylen etwas auszuhöhlen, damit sie mit der Eminentia intercondyloidea einen Schutz gegen das Abgleiten der beiden Gelenkflächen voneinander bieten. Zur Sicherung der Arthrodese kommt es wesentlich darauf an, daß die beiden Knochenflächen genügend groß sind, sich in einer gewissen Spannung befinden, wodurch ein Reiz auf die Knochenneubildung ausgeübt wird. Wie Petroff, betont auch Cowan, daß die feste knöcherne Verschmelzung der Gelenkkörper des Kniegelenkes nicht von Infektion oder Nichtinfektion sondern von der genauen Anpassung der Sägeflächen abhängt, so daß keine Hohlräume entstehen. Zum Überbrücken des Gelenkspaltes zwecks Erzielung einer Arthrodese empfiehlt Kajon einen Knochenperiostkapselligament-Stiellappen. Die Verriegelung eines gelähmten Knies mit einem aus der medialen Tibiafläche entnommenen etwa fingerdicken Knochenspan, der in einen entsprechend verlängerten Falz des unteren Femurendes eingeschoben wurde, hat Hass gleichzeitig mit einer Anfrischung der Gelenkenden einen vollen Erfolg gebracht. — Von den sekundären Folgen der Lähmungszustände am Kniegelenk ist die Kniegelenksbeugekontraktur einerseits und das paralytische Genu recurvatum andererseits zu nennen. Auch die Subluxationsstellung des Kniegelenkes stellt sich als Folgezustand nach Lähmungen bisweilen wenn auch selten ein. Bei Beugecontracturen nach Poliomyelitis rät Alwin Smith frühzeitig zu Weichteiloperationen, denen nicht nur die Beuger in der Kniekehle nach ausgiebiger Verlängerung der Fascie sondern auch die hintere Kapsel und das hintere Kreuzband weichen müssen. Das paralytische Genu recurvatum wird von Heyman in der Weise bekämpft, daß die transplantierten Sehnen des Biceps, Semimembranosus, Semitendinosus zur Fixation des Kniegelenkes in der entsprechenden Stellung verwandt werden. Auch Stracker empfiehlt die von Spitzy angegebene Methode, die überdehnten Kreuzbänder speziell das Lig. cruc. ant. durch Annähen der meist erhalten gebliebenen Bicepssehne zur Bekämpfung des Genu recurvatum paralyticum zu spannen. Von den Deformitäten des Kniegelenkes seien zunächst die Arbeiten über Versteifungen in den verschiedenen Stellungen genannt. Die myogene Versteifung des Kniegelenkes in Streckstellung (Quadricepscontractur) schildert in einer sehr sorgfältigen Arbeit Kortzeborn. Er bespricht die klinischen Erfahrungen und Erfolge der operativen Behandlung nach Payr. Das Wesen der Streckcontractur liegt in einer Quadricepsatrophie mit nutritiver Verkürzung. Der entspannte fixierte Muskel verfällt der Atrophie im Gegensatz zu dem im Spannungszustand fixierten Muskel. 40 Fälle stellen das Material an Kniegelenksversteifungen dar, bei denen keine Gelenkplastik, sondern ein extraartikulärer, in der Hauptsache am muskulären Streckapparat ansetzender Eingriff gemacht wurde, um die verlorengegangene Beweglichkeit wieder herzustellen. Mit dem gleichen Thema beschäftigt sich die Arbeit von Mac Chesney.

Die Behandlung von Kniegelenksankylosen in Beugestellung empfiehlt Schepelmann operativ so vorzunehmen, daß die Ankylose mit einem sehr breiten, dünnen und scharfen Flachmeißel in der Verlängerung der Hinterfläche des Femur schräg von oben hinten nach unten vorne durchmeißelt wird. Durch Nagelextension wird dann ganz allmählich im Laufe von etwa 3 Wochen eine Streckung zu erreichen versucht, bei der anfangs die Sägeflächen nicht exakt aneinander liegen, die Lücken indes später durch Callus ausgefüllt werden. Durch funktionelle Anpassung entsteht eine völlig regelrechte Gelenkform. Die allmähliche Streckung des in Beugestellung ankylosierten Kniegelenkes wird nach bogenförmiger Osteotomie nach Helferich durch Mommsen mit seiner Quengelmethode ohne Schädigung von Gefäßen und Nerven ausgeführt. Was die Subluxationsstellung des Kniegelenkes betrifft, so zeigt Petco, daß er das Eintreten dieser Stellung mathematisch berechnen kann, und zieht daraus den Schluß, daß bei beginnender Subluxation zuerst diese beseitigt werden muß, und dann erst das Knie gestreckt werden darf, da sonst eine erhebliche Verschlimmerung eintritt.

Das Genu recurvatum congenitum, seine Pathogenese und Behandlung wird von Barzert besprochen. Während in leichteren Fällen eine orthopädische Behandlung ausreicht, muß in schwereren nach Durchtrennung der Quadricepssehne hoch oben am Muskelansatz das Knie bis in Beugestellung gebracht und die durch Spaltung verlängerte Sehne an den Quadriceps wieder angenäht werden. Das Genu recurvatum kommt erworben, wie Lugio angibt, fast nur aus 3 Ursachen zustande. 1. Einer nicht rechtzeitig und gut reponierten Kniegelenksluxation, 2. einer gelenknahen Fraktur des Unter- und Oberschenkels und 3. durch eine Kniegelenksresektion wegen Tuberkulose bei erwachsenen Individuen. Nur wenige Arbeiten beschäftigen sich mit dem Genuvalgum. Romano unterscheidet ein symptomatisches und ein statisches Genu valgum. Das erstere kann die Folge sein von Verletzungen des äußeren Femurcondylus, von Erkrankungen (Tuberkulose), seltener von Lues, ferner von Arthritis deformans, von nervösen Störungen, besonders bei Tabes, auch von Poliomyelitis. Der X-beinige geht mit außen rotierten Beinen, verstärkt also automatisch den Mechanismus der Entstehung seiner Deformität, woraus die Unmöglichkeit einer Spontanheilung hervorgeht. Das statische Genu valgum ist wahrscheinlich eine Spätform des so häufigen rachitischen X-Beines. Was die Operationen betrifft, so rät Brandes bei der bogenförmigen Osteotomie nach Perthes vorsichtig zu sein, da infolge der Reposition eine Dehnung und demnach eine Lähmung des N. peronaeus entstehen könnte. Auch Schulz-Herringen weist auf die Gefahr der Peronaeuslähmung nach Osteotomie wegen Genu valgum hin. Um bei der keilförmigen oder schrägen Osteotomie des Oberschenkels von unten medial nach oben lateral eine Verschiebung der Bruchstücke und Verkürzung des Beines zu verhüten, werden oberhalb und unterhalb der Meißelstelle von Riedel Schanzsche Bohrschrauben in dem Knochen befestigt, mittels deren die Knochenenden nach der Operation richtig zusammengestellt werden können.

Die angeborenen und erworbenen Krankheitszustände der Kniescheibe sowie ihre Verletzungen und Verletzungsfolgen sind in besonders zahlreichen Arbeiten erörtert worden. Die Patella bipartita, über welche Fournier, Hellmer, George und Leonard berichten, stellt eine angeborene Entwicklungsstörung durch überzähligen, in der Regel am oberen äußeren Rande der Kniescheibe sitzenden Knochenkern dar, die immer doppelseitig ist und mit Verletzungen der Kniescheibe verwechselt wird. Ein gutes Röntgenbild und der Nachweis des gleichzeitigen Zustandes an der anderen Kniescheibe schützen vor Verwechslungen. Drei Gruppen der Patella bipartita kann man unterscheiden, wie Hellmer ausführt, 1. die Patella ist der Quere nach geteilt, das obere Fragment ist größer als das untere, die Patella weist im ganzen eine beträchtliche Vergrößerung ihres vertikalen Durchmessers auf, 2. die Patella ist der Länge nach geteilt, das mediale Fragment ist größer als das laterale, 3. die Patella ist durch

schiefgehende knochenfreie Zonen in ein größeres medial-distales und 1, 2 oder mehrere kleinere lateral-proximale Fragmente geteilt. In der quer gespaltenen Patella sieht Walther Müller eine Umbauzone, die entstanden ist, indem mechanische Kräfte zu einem vermehrten Abbau des Knochens und Ersatz durch minderwertiges Knochengewebe oder schließlich Bindegewebe geführt haben. Experimentell konnte er durch länger dauernde Fixation des Kniegelenkes in maximaler Beugestellung bei Ratten unter der Mitwirkung der veränderten mechanischen Kräfte eine Verlängerung der Patella erzeugen und 7 Wochen nach Beginn der Fixation einen feinen, queren, scharfrandigen Spalt nachweisen, der sich nach 3 Monaten noch vergrößert hatte. Übereinstimmend damit beobachtete Hackenbroch bei einer angeborenen und jahrelang bestehenden Kniecontractur eine Zunahme des Längsdurchmessers der Kniescheibe und das Auftreten eines scharfrandigen, queren Spaltes inmitten der Patella. Vier Monate nach Beseitigung der Contractur erwies sich der Spalt durch Knochenbälkchenzeichnung überbrückt.

Die angeborenen Patellarluxationen, deren erster doppelseitiger Fall im Jahre 1872 durch Whitehouse mitgeteilt wurde, werden in den Arbeiten von Owen, Mikuli, Dencks, Conn und Wilson, auch besonders in bezug auf das operative Vorgehen besprochen. Owen empfiehlt die Abmeißelung der Tuberositas tibiae im Zusammenhang mit dem Lig. pat. propr. Durchziehen beider durch ein Knopfloch in den vorderen Teil der Kniegelenkskapsel und Wiederbefestigung am Schienbein. Ätiologisch kommen fetale Entwicklungsstörungen, X-Bein-Stellungen, Muskelzug infolge Überwiegens des Vastus lateralis in Betracht. Von den Behandlungsmethoden hält Mikuli die von Cholin angegebene Modifikation der Dalla Vedovaschen Operation und die Methode von Krogius für die besten. Dencks rät, nur bei wirklich zwingender Indikation zu operieren. Die Kombination einer Muskel- und Kapselplastik hat Frangenheim in 2 Fällen bei habitueller Patellarluxation angewendet. Eine neue Methode verwendet Gallie, welcher durch 2 Tunnels durch die Patella und durch den inneren Condylus entweder frei entnommene Achillessehne oder einen Streifen von Fascia lata von 25 cm Länge und $1^1/_2$ cm Breite hindurchzieht und diese Streifen am inneren und äußeren Patellarrand und über den prominentesten Teil des Condylus internus fixiert. Diese Methode hat sich in 7 Fällen sehr bewährt. Zu den 55 verschiedenen operativen Behandlungsformen, deren Zahl schon beweist, daß keine vollauf befriedigt, wird eine neue von Galeazzi hinzugefügt, der die Sehne des Semimembranosus durchtrennt, ihren peripheren Abschnitt an den medialen Patellarrand annäht und das proximale Sehnenstück mit dem Semimembranosus vereinigt.

Auch die Kniescheibenbrüche haben außerordentlich viel Interesse gefunden. Eine Aufstellung der verschiedenen Bruchformen bringt Kästner. Die Häufigkeit der indirekten Brüche beträgt etwa 28,7% aller Kniescheibenbrüche, in 1% der Fälle kommen Patellarfrakturen gleichzeitig doppelseitig vor. Fälle mit erhaltener Streckfähigkeit und ohne Diastase der Fragmente sind konservativ zu behandeln. Fälle mit nachweisbarer Strecklähmung und Diastase der Bruchstücke operativ. Fälle von Abriß der Spitze oder der oberen Kante der Kniescheibe sind ebenfalls zu operieren. Bei unblutiger Behandlung ist die Beseitigung des Blutergusses im Gelenk, der die Kapsel ausdehnt, und die Diastase der Fragmente vergrößert, innerhalb der ersten 24—48 Stunden, spätestens am 3. bis 4. Tage nach der Verletzung vorzunehmen, während mit Massage besonders des Quadriceps schon am 1. Tage zu beginnen ist. Nach etwa 14 Tagen Beginn mit vorsichtigen aktiven, später auch passiven Bewegungen. Nach Payr wird die Patella mit Aluminiumbronzedraht genäht, der durch 2 parallele, durch die ganze Länge der Patella unter Vermeidung des Knorpels angelegte Bohrkanäle hindurchgezogen und am oberen Rande der Kniescheibe geknüpft wird. Der Drahtknoten wird unter die Quadricepssehne versenkt. Das Knie wird darauf bei einer Beugestellung von 140° gelagert und vom 2. Tag ab werden aktive Muskelkontraktionen des Quadriceps geübt.

Die funktionellen Ergebnisse waren 65% befriedigende Resultate bei unblutiger, 85% gute Resultate bei blutiger Behandlung. Da die Kniescheibe ein Sesambein ist, muß die Patellarnaht in eine Reihe mit den Sehnennähten, nicht aber mit den übrigen Knochennähten gestellt werden. Wie Pribram betont, ist sie sobald als möglich nach tunlichst vollständiger Entfernung des Blutergusses aus dem Gelenk auszuführen. Als Nahtmaterial empfiehlt er Seide oder Catgut. In ähnlicher Weise geht McKenna vor, der durch 2—3 in sagittaler Richtung herumgeführte Catgutfäden die Bruchstücke unter Vermeidung von Gewebszwischenlagerung aneinander bringt und die Kapsel sehr sorgfältig näht. Nachbehandlung mit frühzeitiger aktiver Übung ohne feststellenden Verband. In 12 Fällen hat Cignozzi quere Patellarfrakturen innerhalb von 70 bis 100 Tagen mit Heftpflasterverbänden zur knöchernen Heilung gebracht. Um unangenehme Komplikationen, wie sie sich nach Drahtnaht einstellen können, zu vermeiden, empfiehlt Vorschütz einen Streifen der Fascia lata mehrmals längsgefaltet mittels einer großen Nadel um die frakturierte Patella herumzuziehen und die Enden zu vernähen. Durch das spätere Schrumpfen der Fascie werden die Fragmente um so fester aneinander gedrückt. Nach F. Schultze ist jede Naht der Patella überflüssig; selbst bei größter Diastase hält er eine vollkommene Rekonstruktion mit knöcherner Vereinigung und normaler Funktion durch exakteste Wiederherstellung des seitlichen Streckapparates und Einkeilung der Fragmente ineinander für durchaus möglich. In ähnlicher Weise ist Hustings vorgegangen, welcher die Bruchstelle freilegt, das kleine zersplitterte Stück der Kniescheibe einfach entfernt, und dann den seitlichen Bandapparat näht. Das Resultat war in allen Fällen ein ausgezeichnetes. Drei Kniescheibenbrüche bei Kindern werden von Hallopeau mitgeteilt. Bei dem direkten (einem dieser 3 Brüche) hat es sich um eine eigenartige Bruchform gehandelt, bei welcher der größte Teil des Knochens oder der ganze Knochen das obere Fragment bildet. Dieses Knochenstück ist vom Periost und Knorpel entblößt, welch letztere am obersten Teil des oberen Knochenstückes abgerissen, an dem unteren Knochenstück festsitzen. Bei der operativen Vereinigung der Fragmente wurden diese beiden Teile, wie in einer Schachtel zusammengeschoben, die vorne aus Periost und Aponeurose und hinten aus Knorpel besteht. Von den selteneren Formen der Kniescheibenbrüche sind die sekundären nach früherer Verletzung der Streckmuskulatur des Oberschenkels zu nennen. Blecher, der solche Fälle beschreibt, stellt sich den Mechanismus so vor, daß die zu Beginn der Beugung fest gegen die Gelenkrolle gepreßte Kniescheibe durch die stark kontrahierte bzw. narbig geschrumpfte Muskulatur am Ausweichen verhindert wird und bei weiterer Beugung wie ein über eine Kante gelegtes Holz brechen muß. Bei der gewaltsamen Bemühung, sich vor einem Fall nach rückwärts durch plötzliches Vornüberwerfen des Körpers zu bewahren und beim Sturz nach vorne durch schnelles Aufrichten des Körpers nicht zu fallen, kommt es gelegentlich zur Zerreißzng des Kniescheibenbandes. Fettige Degeneration, chronischer Gelenkrheumatismus, Lues können einen solchen Riß gelegentlich herbeiführen. Einen Monat nach der Patellarnaht nach Payr konnte Kästner in der proximalen und distalen Verlängerung der vorderen Kniescheibenfläche eine auffallend fleckige Verdichtung nachweisen, Anfänge einer abenteuerlichen Knochenbildung in der Quadricepssehne und im Kniescheibenband, wahrscheinlich als die Folge einer Knochenneubildung nach Sehnen-Periostabriß. Gelegentlich werden, wie die Arbeit von Gerstenberg zeigt, einige Zeit nach einem die Patella betreffenden Trauma auch Zeichen einer Myositis ossificans in der Quadricepssehne beobachtet. Von den sonstigen Erkrankungen der Kniescheibe sind die schon von Büdinger beschriebenen traumatischen Knorpelrisse an der Rückseite der Patella von Läwen eingehender studiert worden. Es handelt sich um Veränderungen der Patella, die an der Hinterfläche ihre Glätte verloren, samtartig fein geklüftet aussieht. Der erkrankte Knorpel scheint geschwollen, histologisch kann man an ihm Spaltbildung und Zerklüftung, Wucherung der Knorpelzellen und zuweilen Bildung eines auf der Oberfläche

des Knorpels liegenden, z. T. sich in die Spalten erstreckenden Bindegewebes, also degenerative und reaktive Veränderungen im Knorpel, welche völlig identisch mit den Knorpelveränderungen bei der Arthritis deformans sind, nachweisen. Die klinischen Beschwerden rühren von gleichzeitig bestehender akuter oder chronischer Synovitis mit Bildung von Verwachsungssträngen, Zotten und zuweilen spontanen Meniscusluxationen her. Bei bestimmten Formen der Arthritis deformans hat Ludloff bei ausgedehnten Knorpelabreibungen und Knorpelrissen eine Verkleinerung der Patella, besonders aber bei Luxationen der Patella als Schlußoperation vorgenommen. Die seltene Tuberkulose der Kniescheibe beschreibt Hermans, die akute Osteomyelitis der Kniescheibe wird von Rocher beschrieben, der in 10 Fällen von totaler Patellektomie 6mal die Patella sich vollkommen regenerieren sah.

Von den angeborenen Veränderungen am Unterschenkel berichten die Arbeiten von Rivarola, der über die angeborene Tibiaverkrümmung, ihre Einseitigkeit, das Vorhandensein einer nabelförmigen Hautnarbe über dem Krümmungsscheitel im unteren Drittel Mitteilung macht. Als Ursache dieser angeborenen Tibiaverkrümmung wird eine periostale Dysplasie, eine Art lokalisierter Osteogenesis imperfecta angenommen. Dafür spricht auch die Neigung zu Pseudarthrosen nach blutigen Eingriffen an dieser Stelle. Rivarola empfiehlt daher die Totalresektion des ganzen gekrümmten Stückes, wonach die Lücke durch Einpflanzung eines Knochenspans oder Reimplantation überbrückt werden soll. Über Fälle von totalem kongenitalen Fibuladefekt berichten die Arbeiten von Nutt und Peeremans. Bei dem nunmehr $12^1/_4$jährigen Mädchen, bei dem Küttner vor $11^1/_2$ Jahren wegen angeborenen Fibuladefektes eine Affenfibula eingepflanzt hatte, wurde wegen erheblichen Zurückbleibens des betreffenden Unterschenkels die Amputation vorgenommen. Die Untersuchung ergab im großen ganzen: eine auffallend reaktionslose Abkapselung und Einheilung eines nekrotisch gewordenen Knochentransplantates. Auffallend ist, wie gut dieses Transplantat, obwohl es abstarb, seine Aufgabe erfüllt hat, in ganzer Ausdehnung der Muskulatur zur Insertion zu dienen. In dieses Kapitel gehört auch die Mitteilung eines operativ geheilten Spaltunterschenkels von Baron. Das Vorgehen des Autors, einen voll belastungsfähigen Unterschenkel zu erreichen, muß im Original nachgelesen werden.

Die Schlattersche Krankheit, über welche sich die Arbeiten von van Neck, Pomeranz, Delitala und Moreau äußern, bringen z. T. gegensätzliche Anschauungen über die Ursache der Erkrankung. Van Neck sieht in ihr eine der Tendinitis der Achillessehne vergleichbare primäre Entzündung des Lig. pat. propr., welche im allgemeinen auf dessen unteren Abschnitt lokalisiert bleibt. Pomeranz erblickt in der Lockerung der Tuberositas tibiae eine Erkrankung des Wachstumsalters, die besonders männliche Individuen und das linke Knie vorzugsweise betrifft. Ätiologisch spielt das Trauma die Hauptrolle, doch konnte der Autor unter den eigenen Fällen 2 sicher infektiös entstandene beobachten. Delitala schreibt dem Trauma eine provozierende Rolle bei schon vorhandener Disposition zu, meint aber, daß auch die Lues Störungen im endokrinen System hervorrufen kann, welche sekundär zu dieser Erkrankung führen. Wenn die Schlattersche Krankheit innerhalb zweier Jahre keine Neigung zur Heilung zeigt, dann empfiehlt Moreau die vordere Tibiaepiphyse freizulegen und abzutragen.

Die von Springer (s. auch S. 820 dieses Berichtes) angegebene Segmentierung hochgradiger rachitischer Verkrümmungen hat sich, wie er selbst mitteilt, als praktisch brauchbare gefahrlose Operation erwiesen und hat die Aufgabe gelöst, die schwersten rachitischen Verkrümmungen völlig auszugleichen und die Beine wesentlich zu verlängern. Die Segmentierung kann kurz als Knochenplastik bezeichnet werden. Der Hautschnitt soll möglichst entfernt von dem späteren Periostschnitt angelegt werden. Der Knochen wird besser mit der Gigli-Säge als mit dem Meißel durchtrennt. Wie Bartenwerfer mitteilt, hat die Biesalskische Klinik mit dem Springerschen Verfahren der Segmentierungsosteotomie hochgradiger rachitischer Unterschenkelverkrümmungen

ausgezeichnete Resultate erzielt. Daß immer wieder auch einfachere Methoden zur operativen Geraderichtung rachitischer Unterschenkelverkrümmungen angegeben werden, erscheint sehr verständlich. So teilt Spišič eine Methode mit, welche in der Resektion eines Teiles des Knochens aus dem konvexen Bogen nach sorgfältiger periostaler Aushülsung und in Verlängerung der Achillessehne sowie manuellem Redressement besteht, dem das Einsetzen des zurechtgestutzten resezierten Knochenstückes in die Lücke und sorgfältige Naht des Periostschlauches folgt. Nach subperiostaler Auslösung des Knochens reseziert Strausz an der Stelle der stärksten Krümmung $^1/_4$—$^1/_3$ der Tibiadicke, bricht den Rest und die Fibula ein und richtet nach Reimplantation des verkürzten resezierten Knochens in den Periostschlauch den Knochen gerade. Caprioli geht noch weiter, durchtrennt nach Ablösung des Periosts ringsum die deformierte Tibia die letztere, läßt die Knochenlücke ohne Vereinigung der Knochen stehen, schließt darüber das Periost durch Nähte, dann die Weichteile und die Haut. Der im Periostkanal sich bildende Callus war nach 5 Wochen fixierenden Verbandes so weit stark genug, daß die Tibia entsprechend modelliert werden konnte. Die Ergebnisse in 24 Fällen waren recht gute, ohne daß Pseudarthrosen entstanden oder Fettembolien aufgetreten waren. Hackenbroch reseziert unter Schonung des Periostschlauches ein die Krümmung enthaltendes Stück aus der Tibia, setzt dieses nach entsprechender Verkleinerung und Abtragung der Spitzen und Kanten um die Längsachse gedreht an der konkaven Seite der Krümmung umgekehrt wieder in den Periostschlauch ein.

Die Defekte und Pseudarthrosen der Tibia, welche durch Trauma oder Osteomyelitis zustande kommen, sind begleitet von einem vermehrten Wachstum der Fibula, wodurch die Heilung des Tibiadefektes erschwert oder unmöglich gemacht wird. Solche Defekte durch Implantation der Fibula auszugleichen, ist der Inhalt einer Arbeit von Anschütz, der 11 Fälle von Fibulaimplantation in Tibiadefekte unter besonderer Berücksichtigung der Dauerresultate und Funktion nach abgeschlossenem Wachstum mitteilt. Mit Ausnahme eines besonders ungünstig gelegenen Falles erfolgte stets gute Einheilung der verpflanzten Fibula, so daß es gelang, Defekte von 5—20 cm zu überbrücken. Über den Tibiaersatz durch die Fibula berichtet Fieschi an der Hand von 4 eigenen Fällen, bei denen er 3—6 Monate nach Totalexstirpation der Tibia wegen chronischer Osteomyelitis die zweizeitige Einpflanzung der Fibuladiaphyse in die Tibiastümpfe unter Schonung der Tibiaepiphysen, des Ansatzes des Biceps am Fibulaköpfchen, der Arteria nutricia und der Nervi peronaei sowie unter Erhaltung des Malleolus externus vorgenommen hat.

Die Veröffentlichungen über Verletzungen, Erkrankungen und Deformitäten des Fußes haben sich in den letzten beiden Jahren außerordentlich gehäuft. Bei der großen Bedeutung, welche das Röntgenbild für die Beurteilung oben genannter Zustände am Fuß gewonnen hat, sind anatomische Untersuchungen, insbesondere solche, welche sich mit den Varietäten des Fußskelettes befassen, sehr dankenswert. So haben Mouchet und Moutier die überzähligen Fußknochen, neuerdings vom anatomischen, klinischen und röntgenologischen Gesichtspunkt, besprochen. Auch die Ossifikationsstörungen müssen immer wieder eingehend studiert werden. Die Untersuchungen von Haim über die Ossifikationsstörungen des Calcaneus lassen letztere in eine Reihe mit der Perthesschen, Schlatterschen und Köhlerschen Erkrankung stellen. Haim glaubt, daß es sich hier um eine Entwicklungsstörung im Wachstumsalter handelt, vielleicht durch eine Störung der inneren Sekretion bedingt. Nach Ansicht des Referenten kann es sich nicht um ein eigenes Krankheitsbild bei der sog. Apophysitis des Calcaneus handeln, die auch Allison den Epiphyseonekrosen zuweist. Eine weitere interessante anatomische Veränderung stellt die angeborene Verwachsung zwischen Calcaneus und Naviculare dar, welche Galeazzi auf der linken Seite eines doppelseitig angeborenen Plattfußes fand. Den 53 in der Literatur mitgeteilten Fällen, von denen nur 4 am Lebenden beobachtet sind, fügt Galeazzi noch 2 im Röntgenbild wiedergegebene Fuß-

skelette hinzu. Er glaubt, mit Pfitzner, daß es sich in diesen Fällen um einen Knochen handelt, der unter dem Namen 2. Calcaneus bzw. 2. Cuboid bekannt ist.

Verhältnismäßig wenig Arbeiten beschäftigen sich mit den Verletzungen im Bereiche des Fußgelenks und der Fußwurzel. Auf die Bedeutung der Wiederherstellung der frakturierten Malleolengabel für die ungestörte Betätigung des oberen Sprunggelenks und damit für die Statik des Fußes weist Keck hin. Den Mechanismus der Luxatio pedis sub talo erörtert Loesel bei gleichzeitiger Besprechung der verschiedenen Formen dieser Luxation, während Pireaux über den seltenen Fall einer doppelseitigen Sprungbeinluxation berichtet. Bei 63 Frakturen des Fußes fand Satta 9 Fälle von isolierter Calcaneusfraktur, 4 von isolierter Talusfraktur, 49 Knöchelbrüche und nur einen einzigen Fall von Malleolarfraktur mit sagittalem Bruch des Talus und meint, daß wohl Frakturen des Talus sehr häufig übersehen werden. Er berichtet dann ferner über die Behandlung der Calcaneusfrakturen, bei denen die klassische Behandlung mit Gips- oder Zugverbänden meist nicht die Entstehung einer hochgradigen Atrophie des Knochens, des traumatischen Plattfußes sowie sekundärer osteitischer Prozesse verhütet. Er empfiehlt deshalb von einer äußeren seitlichen Incision aus zu reponieren und gleichzeitig die Achillessehne quer oder plastisch zu tenotomieren. Auch Magnusohn, der auf die um 30—50% herabgesetzte Funktion nach Calcaneusbrüchen hinweist, rät zu ausgiebiger Entfernung des Callus hinter dem äußeren Knöchel, Redressement des Calcaneus in Supinationsstellung und Fixation der Peroneussehnen an normaler Stelle, sowie zu einer ausgiebigen Nachbehandlung mit Massage und Gehübungen. Wenn die Vereinigung des Os trigonum mit dem Talus reißt, so entsteht die Shepherdsche Fraktur. Ihre Symptome können als bekannt vorausgesetzt werden. Die Behandlung besteht, wie Pasquini in seiner Arbeit mitteilt, in Ruhigstellung für kurze Zeit, später Bewegungen und Massage. Bei lange bestehender Bewegungsbeschränkung und Achillodynie bringt die operative Entfernung des Os trigonum Heilung. Zum Schluß dieses Abschnittes sei noch eine Arbeit von Magenau über einen sehr seltenen Fall isolierter Luxation des Naviculare des Fußes und über Frakturen des 5. Mittelfußknochens von Christopher erwähnt.

Unter den vielen Möglichkeiten, welche zu Klagen über die Füße Anlaß geben, verdient das Krankheitsbild der rheumatischen Fußbeschwerden, wie es Port beschreibt, besondere Beachtung. Von den Symptomen sind zu erwähnen Schwere in den Beinen besonders nach längerem Stehen und Gehen, Schmerzen am Fußrücken, Fußgelenk und Sohlen, besonders morgens beim Aufstehen, Valgusstellung, kein Plattfuß, leichte Schwellungen, Druckempfindlichkeit in der Wadenmuskulatur, in der Kniekehle, in der Beugemuskulatur des Oberschenkels und den Glutaeen. Das Unterhautzellgewebe an Unter- und Oberschenkel ist verdickt und beim Aufheben einer Falte schmerzhaft. In der Muskulatur sind oft strangförmige Verhärtungen tastbar. Massage ist stets von gutem Erfolg, weniger wirksam Elektrizität und Heißluft.

Eine überaus sorgfältige, ganz besonders den Bedürfnissen des Praktikers angepaßten Zusammenstellung der an Bein und Fuß vorkommenden häufigsten Erkrankungen und Deformitäten verdanken wir Hohmann. Sicher wird das kleine Buch, wie selten eines, dazu beitragen, die so notwendigen Kenntnisse auf diesem Gebiet zu verbreiten und die oft allzu schematische Behandlung sorgfältig dem einzelnen Falle anzupassen. Es ist sehr auffallend, daß es immer wieder gelingt, dem Studium des Plattfußes neue Seiten abzugewinnen. Daher ist wohl die Zahl der Veröffentlichungen über diese Deformität besonders groß. Einen ausgezeichneten erschöpfenden Überblick über das ganze Plattfußproblem bringt Cramer im 6. Band der Deutschen Orthopädie. Sorgfalt und Sachlichkeit der Darstellung verdienen rühmendste Erwähnung. Auch die Arbeit von Plate, Erich und Hans Herrmann: Wie erwirbt und erhält sich der Mensch einen leistungsfähigen Fuß? verdient Beachtung. An 2 nach Form zusammengesetzten Plattfußskeletten hat Hohmann Untersuchungen angestellt. Sie haben ergeben, daß eine leichte Valgus-

biegung der Unterschenkelknochen und eine stärkere im Sinne der Einwärtstorsion der unteren Abschnitte dieser Knochen beim Pes valgus aus funktionell statischen Ursachen sekundär entstehen. Aus der Pronation des Calcaneus folgt die Einwärtsdrehung des Talus, welch letzterer nun in gleichem Sinne auf den Malleolus int. einwirkt. Die S-förmige Biegung der Tibia kommt dadurch zustande, daß sich die Calcaneus-Talus-Abweichung nicht nur drehend auswirkt, sondern auch seitlich verbiegend, und zwar außen konvex, im unteren Drittel innen konvex im Tibiaschaft. Bei einer operativen Korrektur des Plattfußes muß vor allem die Innentorsion der Malleolengabel ausgeglichen werden, weil sonst Rezidive und neue Belastungsschmerzen drohen. Bei hochgradigen Veränderungen muß dem Redressement immer die Osteotomie folgen mit Modifikationen je nach den bedeutsamsten Knochenveränderungen. Meßmethoden für die Valgität des Calcaneus von Pitzen, für Zu- oder Abnahme der Fußsenkung von Schede und ein Hinweis auf die Abhängigkeit der Fußform von dem Verlauf der Traglinie von Rey verdienen ebenso Erwähnung wie die Arbeit von Böhler über die Stellung des Vorfußes beim Plattfuß, Klumpfuß und Hohlfuß. Der kontrakte Knick-Plattfuß ist nach Hohmann nur im hinteren Abschnitt eine Pronationskontraktur insofern, als das Fersenbein sich unter dem Sprungbein im Sinne der Pronation verschoben hat und die Längsachse des Unterschenkels im Fußgelenk im Sinne der Valgität abgelenkt ist. Durch Druck von oben und Gegendruck des Bodens gegen den aufgesetzten und belasteten Fuß dreht sich der subtalare Abschnitt, vor allem der Calcaneus um die schräge Längsachse in die Pronation und zugleich der Unterschenkel einwärts. Der innere Knöchel tritt tief, der Talus senkt seinen vorderen Abschnitt sowie seinen Kopf nach unten und die quere obere Sprunggelenksachse stellt sich quer und richtet sich medialwärts. Der Vorfuß wird abduktorisch abgeknickt. Infolge der gelenkigen Verbindung mit dem Hinterfuß wird der vordere Fußabschnitt supinatorisch verdreht. Für das Redressement ergeben sich daraus selbstverständliche Konsequenzen. Was die Beschränkung der Flexion des Fußes als Folge der Verkürzung der Wadenmuskeln betrifft, so wird dieselbe am häufigsten bei Frauen gefunden, die immer hohe Absätze getragen haben, oder bei Patienten, die lange zu Bett gelegen haben, sowie bei allen jenen Zuständen, die mit einer Schwächung der vorderen Muskelgruppen einhergehen. Solange Schuhe mit hohen Absätzen getragen werden, wird die Behinderung der Dorsalflexion, die normalerweise 75—70° betragen soll, nicht bemerkt. Bei ausgesprochener Verkürzung ist Tenotomie angezeigt, doch kann man auch mit einer unblutigen medicomechanischen und Heißluftbehandlung mäßige Verkürzungen ohne Unbequemlichkeit und Zeitverlust heilen. Der Schilderung dieser von Schuster eingehend erörterten Fußbeschwerden darf eine Analyse von 781 aufeinanderfolgenden Fällen von Fußbeschwerden von Geist angeschlossen werden, aus der hervorgeht, welche außerordentliche Mannigfaltigkeit in den Ursachen der Fußbeschwerden besteht, und welche Bedeutung die Stärkung der Fußmuskulatur und ein gut geformter fester Schuh bei der Behandlung haben. Während 80% der Fälle von schwachen Füßen mit diesem Vorgehen geheilt werden konnten, brauchten nur 20% Einlagen, mit deren Verordnung man nach Geist ebenso zurückhaltend sein soll wie etwa mit der Verordnung von Krücken oder Morphium. Besonders bei der Behandlung des kindlichen Knickplattfußes sind, wie Stracker betont, Einlagen ohne Muskelgymnastik zwecklos. Die Einlage muß so gebaut sein, daß sie bei Belastung die Pronation der Ferse in Supination überkorrigiert und der Ferse für seitliche Bewegungen keinen Spielraum läßt. Schwere Fälle, welche auch in der Schachteleinlage die Knickung beibehalten, bedürfen eines Apparates, welcher Fuß und Unterschenkel umfaßt und dauernd diese beiden Teile in der Supinationsstellung zueinander erhält. In den schwersten Fällen älterer Kinder, bei denen der innere Knöchel dem Boden beträchtlich genähert ist, und bei denen diese Behandlung nicht ausreicht, muß eine Muskeloperation vorgenommen werden. Eine Unterstützung der pronation-hemmenden Muskeln kann man durch den

langen Zehenstrecker erreichen. Bei **kontrakten Plattfüßen** hat sich, wie Jordan mitteilt, auch in der Baeyerschen Klinik das Vorgehen von **Engelmann** vorzüglich bewährt. Es werden 30 ccm einer 0,5 proz. Novocainlösung ohne Adrenalinzusatz in die Muskelbäuche der Peronei, Extensoren der Zehen und Tibialis anticus eingespritzt. Schon nach 20—30 Min. kann der Patient seinen Fuß wieder frei bewegen, Plantarflexion und Supination in normaler Weise ausführen. Unterstützt wird das Verfahren durch Anwendung des Heißluftkastens. Im Anschluß an dieses so leichte Redressement kann dann der Gipsabguß für die Einlage in normaler Stellung angefertigt werden, so daß der sonst übliche, wochenlange Krankenhausaufenthalt wegfällt. Auf andere, auch recht einfache, wenn auch nicht so schnelle Art, beseitigt **Matheis** den spastisch kontrakten Knickplattfuß durch eine Verbandanordnung unter Zuhilfenahme der Schwere. Es ist das ein langsames, aber schmerzloses Verfahren, welches das einzeitige Redressement in Narkose ersetzen soll und mit dem es auch gelingt, außerhalb des Krankenhauses eine allmählich eintretende gute Stellung zu erzielen. Für die Korrektur bestimmter Formen von Plattfüßen im mittleren Lebensalter hat **Lowman** eine operative Methode angegeben, die eine Kombination einer Keilresektion aus Naviculare und Taluskopf mit einer Verpflanzung des M. tib. anterior in die Tiefe der Osteotomiewunde an das Lig. calcaneonaviculare darstellt. Auch die Gleichsche Operation wird neuerdings von **Lord** für die Behandlung schwerer Formen von Plattfüßen empfohlen. Nach vorhergegangener Verlängerung der Achillessehne rät **Trojan** zur operativen Verkürzung des Lig. plantare longum, welches durch die Senkung der Fußwölbung erheblich verlängert ist. Was die Resultate der Plattfußbehandlung betrifft, so kann aus der Arbeit von **Annovazzi** mitgeteilt werden, daß in 67,7% durch die Behandlung eine befriedigende Wiederherstellung des Fußgewölbes zustande gekommen ist. Ein guter Erfolg wurde in über 80% der Fälle festgestellt. Die unblutige Behandlung nimmt 2—8 Monate in Anspruch, während welcher Zeit ein monatlich erneuerter Gipsverband bis zur Überkorrektur getragen wird. Im ganzen spricht sich **Annovazzi** mehr für die unblutige Behandlung aus, wenn ihm auch die blutig behandelten Fälle ein gutes Resultat gebracht haben.

Die auffallend zahlreichen Arbeiten über den **Hallux valgus** lassen nach 2 Richtungen einen Schluß ziehen: 1. daß die Notwendigkeit diese oft so störende Deformität zu beseitigen immer häufiger wird und 2. daß die bisherigen wirklich nicht mehr spärlichen Operationsmethoden noch nicht restlos befriedigen. Als das Primäre bei der Entstehung des Hallux valgus wird von **Hagen-Torn** die Schädigung des Fußgewölbes angesehen. Als Folge davon tritt eine Zunahme der Knochensubstanzmasse des Metatarsus I hauptsächlich nach innen und unten auf. Hierzu kommt die Schädigung der Funktion des Abductor hallucis, während der Adductor noch durch die veränderte Flexoren- und Extensorenwirkung verstärkt wird. Der Radius des Köpfchens des Metatarsus I wird verlängert, was oft den ersten Anstoß zur Deviation der großen Zehe gibt. Eine radikale operative Behandlung kommt nur als Unterstützung der orthopädischen Behandlung in Frage, am besten nach dem Vorschlag von **Hagen-Torn**: Keilexcision am Halse des Metatarsus I und Vernähen der abgetragenen Insertion des Abductor hallucis an das Periost der Innenseite der 1. Phalanx. **Die Resektion des Köpfchens** ist zu vermeiden. Eine andere Erklärung für die Entstehung des Hallux valgus bringt **Truslow**. Nach ihm findet man beim Hallux valgus immer einen Metatarsus primus varus, welche Stellung abhängig ist von einer Keilform des Cuneiforme oder des proximalen Endes des Metatarsus I oder manchmal von dem Vorhandensein eines keilförmigen Schaltknochens, wodurch die Achse des Metatarsus I gegen die Längsachse des Fußes schräg gestellt wird. Dieser Autor wieder empfiehlt eine Keilosteotomie aus dem überflüssigen Knochen im Mittelfuß-Keilbeingelenk, eine Tenotomie des verkürzten Zehenstreckers nebst einer subperiostalen Durchtrennung der geschrumpften lateralen Gelenkkapsel des Mittelfuß-Zehengelenkes. Im Anschluß an die Besprechung der pathologischen Anatomie des Hallux valgus und des Spreizfußes bespricht **Hohmann** die Behandlung

dieser beiden Deformitäten, von denen die letztere untrennbar mit dem Hallux valgus verbunden ist. Der Pes valgus als Grundursache des Hallux valgus und des Spreizfußes wäre durch Massage und Gymnastik zu beseitigen und eine Wiederausbildung des Hallux valgus durch das Tragen von richtigem Schuhwerk zu verhüten. Die Operation muß nicht allein die kosmetische Entfernung des Ballens erreichen, sondern auch den im Capitulum metatarsi I gelegenen Hauptstützpunkt des Vorderfußes wiederherstellen, der durch supinatorische Aufbiegung infolge des gleichzeitig vorhandenen Plattfußes verlorengegangen ist. Das ist vor allem bei der Keilresektion aus dem Metatarsus I der Fall, welche die verkürzten Weichteile entspannt, das Köpfchen plantarwärts verschieben läßt und die Heilung in dieser Lage durch Fixation des Abductor hallucis an der medialen Seite der Kapsel und einem geeigneten Verband ermöglicht. Wymer will prinzipiell den Schleimbeutel und die darüber gelegene veränderte Haut entfernen, ebenso in allen Fällen die Exostose ohne Rücksicht, ob hierbei Gelenkteile des Metatarsalköpfchens wegfallen; außerdem wird die Sehne des Extensor hall. long. verlängert. Nach Redressement des Großzehen-Grundgelenkes wird die Fixation der großen Zehe in normaler Stellung durch quere Vernähung der längs inzidierten schwieligen Weichteile erreicht. Da bei den verschiedenen Hallux valgus-Operationen bei sonst einwandfreier Asepsis Störungen des Wundverlaufs eintraten, ging Wymer mit bakteriologischen Untersuchungen aus dem Inhalt des stets vorhandenen Schleimbeutels diesen Störungen nach, wobei stets Staphylokokken gefunden wurden. Deshalb ist bei allen solchen Operationen stets besondere Vorsicht nötig. Kosmetisch gute Resultate sind funktionell oft sehr schlecht. Als ätiologische Operation des Hallux valgus empfiehlt Matheis durch Verlegung von Knochen und Sehnen die isolierte Supination des 1. Mittelfußknochens zu beheben. Durch diesen Eingriff, der in der Rückverdrehung des 1. Mittelfußknochens gipfelt, wird gleichzeitig der Knickfuß behoben und ein vollkommen normaler hochgewölbter schmaler Fuß erzielt. Die Operation ist technisch einfach (siehe Originalarbeit), die Nachbehandlung verhältnismäßig kurz. Es ist unmöglich, an dieser Stelle die sonstigen in den verschiedenen Publikationen angegebenen Operationsmethoden und ihre Modifikationen im Rahmen dieses Referates im einzelnen zu besprechen. Nach v. Salis ist die Ludloffsche Operation beim Hallux valgus die Methode der Wahl. Abmeißelung der Exostose sowie Excision der Bursa müssen stets hinzugefügt werden. Die von Herzberg empfohlene Methode geht von dem Gedanken aus, die große Zehe im Grundgelenk in Korrekturstellung wirksam zu verankern, ohne daß die artikulierenden Gelenkflächen beschädigt werden. Im Gegensatz zu Ludloff macht Chlumsky, wie Frejka mitteilt, die schräge Osteotomie medio-lateral, d. h. in der Weise, daß der Sägeschnitt den Metatarsus von der Basis an der Innenseite, am Köpfchen an der Außenseite durchsetzt. Bei geringer Verbildung werden Schleimhaut und Exostose abgetragen, die große Zehe nach innen luxiert, wobei Streck-, Beuge- und Adductorsehnen gedehnt, nach innen verschoben und in der neuen Lage mit starker Seide am Knochen befestigt werden. Ebenso wird das Großzehen-Grundglied innen am Mittelfußköpfchen fixiert. Bei stärkerer Abweichung wird außerdem die oben beschriebene Osteotomie nach Chlumsky vorgenommen. Neben dem ziemlich komplizierten Verfahren von Mauclaire, das hier nur andeutungsweise erwähnt wird, empfiehlt Alsberg, die Grundphalanx auszulösen, hierauf das Capitulum des 1. Metatarsus an seiner dorsalen und medialen Seite nach Bedarf zu modellieren und den Schleimbeutel zu entfernen. Dazu kommt noch eine Verkürzung der Sehne des Flexor hall. long. Nur ein Drittel bis die Hälfte der Grundphalanx entfernt Olivecrona, der die Kapsel der Bursa ins Gelenk einschlägt und die Wunde primär vernäht. Die Operation nach Hueter wird von Freiberg empfohlen, welcher das Köpfchen des Metatarsus I reseziert und die große Zehe durch Fixierung eines Teiles der Extensor hall. longus-Sehne und eines Kapsellappens in Adduktion festhält. Erwähnt sei dann noch die Mitteilung von Nilsonne über einen seltenen Fall von Hallux valgus congenitus, der sich sehr wesentlich von dem erworbenen Hallux valgus unterscheidet,

und zwar dadurch, daß die Füße nicht in Valgusstellung stehen, der Metatarsus I nicht rotiert und adduziert ist und keine Subluxation und keine Exostosen sich finden. Zum Schluß dieses Kapitels sei eine Arbeit von Sandelin genannt, der ein reiches statistisches Material an Halluces valgi beibringt. Der höchste Prozentsatz dieser Deformität (60%) weisen die 60jährigen auf. Von den zur Operation gekommenen waren 90% Frauen und 10% Männer. Sandelin legt der Vererbung des Hallux valgus sehr großen Wert bei.

Der Hammerzehen-Plattfuß, der eine Verquickung des Querplattfußes mit Hammerzehenbildung besonders an den 3 Mittelzehen darstellt, wird von Kazda eingehend besprochen. Neben einer besonders gearbeiteten Einlage wird der Gymnastik gute Wirkung zugeschrieben, welche zur Vermeidung des Gehens und Stehens mit abduziertem Vorderfuß beitragen soll. Bei akut muskulär fixierten Hammerzehen-Plattfüßen sind Bettruhe, heiße Bäder bis zum Schwinden der Spasmen, später eine Lehrsche Vorfußbandage notwendig. Fixierte Hammerzehen müssen nach dem Vorschlag von Nicoladoni oder von Payr operiert werden. Über Zehenkontrakturen als Folge der Fußsenkung berichtet Schede.

Die Arbeiten über den Klumpfuß nehmen nicht einen so großen Raum ein. Über die Vererblichkeit des angeborenen Klumpfußes berichtet eine Arbeit von Kochs, der den Stammbaum einer Klumpfuß-Familie mitteilt. Die Vererbung ist zwar nicht streng geschlechtlich begrenzt, kommt aber beim männlichen Geschlecht etwa doppelt so oft vor wie beim weiblichen und erfolgt ausschließlich durch das weibliche Geschlecht. Auf den Kausalzusammenhang zwischen Spina bifida occulta und Klumpfuß wird hingewiesen. Die Indikationsstellung für die Behandlung des angeborenen Klumpfußes bespricht Ombredanne. Er unterscheidet zwischen exakten und nicht exakten Behandlungsmethoden; unter letzteren versteht er das forcierte Redressement, die Entfernung des Knochenkernes aus dem Talus und aus anderen Fußknochen, ferner die Entfernung einzelner Knochen des Tarsus und lehnt alle diese Maßnahmen als in ihrem Ausgang zweifelhaft und nicht genau dosierbar ab. Das Hauptziel aller Maßnahmen muß sein, den Talus an seine richtige Stelle zu bringen. Deshalb ist die klassische Grundoperation die Tarsektomia cuneiformis dorsalis externa. Sie wird verbessert und ersetzt durch eine doppelte Keilexcision, eine dorsale zur Korrektur des Spitzfußes und eine laterale zur Korrektur der Adduction. Schließlich wird die Supination korrigiert durch eine Keilexcision an der Außenseite unten. Der Zeitpunkt für die Operation am Fuß soll nicht vor dem 8.—10. Lebensjahr gewählt werden. Je später operiert wird, desto dauernder ist das Resultat. Nach den Untersuchungen von D'Intignano ist es stets möglich, das Klumpfuß-Rezidiv vorauszusehen. Das Rezidiv läßt sich vermeiden, wenn man die Behandlung solange fortsetzt, bis eine tadellose Stellung des Talus erreicht ist. Für die unblutige Behandlung empfiehlt Saxl neuerlich den von ihm angegebenen „langen“ Gipsverband, der das gebeugte Knie noch mit umfaßt und eine Korrektur der oft lästigen Einwärtsrotation des Fußes erlaubt. Slowman steht auf dem Standpunkt, daß die sorgfältige, geduldig wiederholte unblutige redressierende Behandlung des Klumpfußes für das Wachstum der Füße besser ist als alle blutigen Maßnahmen. Selbst die Operation bietet keine Sicherheit gegen Rezidive und die Verlängerung der Achillessehne ist kein gleichgültiger Eingriff. Die Tenotomie der Achillessehne ist sehr leicht getan, aber nicht ebenso leicht zu lassen. Für schwere Fälle von Klumpfuß empfiehlt Mau die transversale Keilosteotomie aus dem Calcaneus, wobei er das ganze untere Calcaneusfragment mit dem Achillessehnenansatz verschiebt. In der lateral verschobenen Stellung läßt sich das untere Fragment durch einige Knochenperiostnähte leicht fixieren. In Konkurrenz mit diesem Verfahren tritt die jüngst von Elsner vorgeschlagene vollständige quere Osteotomie des Calcaneus mit temporärer Nagelung des hinteren Fragmentes. Über die gleiche Methode bei schweren und rezidivierenden Klumpfüßen berichtet Hohmann. Gegen die Exstirpation des Talus beim Klumpfuß, die keine physiologische Berechtigung hat, wendet sich v. Dittrich

auf Grund genauer anatomischer Studien. Die Tarsektomie wird von Riosalido verbunden mit Durchschneidung der Achillessehne, schon bei Kindern unter einem Jahr ausgeführt. Die Bedeutung des M. tib. posticus, auf die Führer schon im Jahre 1850 hingewiesen hat, für die Einbiegung und Verkürzung des Fußes, für die Aufwärtsdrehung des Fußinnenrandes und Zusammenziehung der Fußwurzelknochen betont neuerdings Ludloff, der die Excision der Ansätze dieses Muskels am Fußinnenrande empfiehlt. Die Überpflanzung der Sehne des Tibialis posticus auf den Peroneus brevis soll nicht mehr hinter dem Malleolus ext. herum, sondern durch die Membrana interossea hindurch vorgenommen werden. Zur Beseitigung der Innenrotation der Füße bei widerspenstigen Klumpfüßen empfiehlt Geist die subperiostale Osteotomie der Tibia im untern Drittel. Die Resultate der Wullsteinschen Operation des angeborenen Klumpfußes in der Küttnerschen Klinik teilt Erich Jungmann mit. In 10 Fällen konnte die Nachuntersuchung 7mal einen guten Erfolg verzeichnen. In schweren Fällen von Klumpfuß empfiehlt Löffler, wenn der Spitzfuß nicht durch das Redressement zu beseitigen ist, die Tenotomie nach Gocht. Bei zu Rezidiven neigenden Klumpfüßen, bei denen der Fuß zur Längsachse des Beines stark einwärts gedreht ist, muß derselbe dann durch eine einfache quere sog. Rotationsosteotomie richtig gestellt werden.

Auch die Arbeiten über den Hohlfuß haben an Zahl in dem Berichtsabschnitt wesentlich zugenommen. Hackenbroch hat in seiner großen zusammenfassenden Monographie über den Hohlfuß unter Zugrundelegung von 179 in der Gesamtliteratur bis in die allerjüngste Zeit erschienen Arbeiten mit ausgezeichneter kritischer Sichtung das Thema so bearbeitet, daß wohl gesagt werden kann, daß es in jeder Beziehung erschöpfend dargestellt ist. Nach ihm ist der Hohlfuß die überphysiologische Vermehrung des Fußgewölbes auf Grund einer plantaren Abknickung, Steilstellung des Vorfußes sowie einer Verdrehung im Sinne der Pronation. Auf der Hauptlinie des Fußskeletts, dem wichtigsten Zentrum der Stützfunktion, spielen sich bei allen beginnenden oder fortschreitenden Deformitäten die Hauptereignisse ab, während der laterale Fußteil, wie Pekarek sagt, der ruhende Pol ist. Er erkennt die vor allem von Böhler betonte Hypertorsion des Vorfußes als entscheidend für das Entstehen des Hohlfußes an und weist auf den Einfluß des Peroneus longus auf die Vorfußtorsion hin. Die Therapie hat in der Schwächung der Pronatoren des Metatarsus I und der Stärkung des detorquierenden Tibialis anticus zu bestehen. Die Wirkung einiger Fußmuskeln insbesondere im Hinblick auf den Hohlfuß wurde von Debrunner in interessanten anatomisch-physiologischen Untersuchungen über die gewölbestützenden Kräfte am stehenden und belasteten Fuß studiert. Außer den gewölbeerhaltenden Kräften, welche in der Bauart des Fußskeletts, in der Spannkraft der plantaren Gelenkbänder und der Plantarfascie beruhen, kommen als unterstützende Kräfte die kurzen Fußmuskeln und ein Teil der langen in Betracht, soweit sie vom Unterschenkel herkommend das Chopartsche Gelenk überspringen. In seiner Klassifikation der Hohlfüße unterscheidet Gaugele echte und unechte Hohlfüße. Unter den ersteren, den hohen Spann, den Lähmungshackenhohlfuß und den spastischen Hohlfuß, unter den letzteren die als Spreizfuß bekannte, von Gaugele als abnorme Plantarflexion der Mittelfußknochen bezeichnete Mißbildung und den von Gaugele in einer besonderen Arbeit beschriebenen Ballenfuß; schließlich auch den Pes adductus congenitus, der meist mit geringer Hohlfußbildung vergesellschaftet ist. Auch Galeazzi bringt eine hier nicht näher auseinanderzusetzende Einteilung des Hohlfußes in 3 Gruppen. Er empfiehlt nach Durchschneidung der Bänder in der Höhe des Chopartschen Gelenkes das Redressement entweder in einem modifizierten Stilleschen Osteoklasten oder in einem von Galeazzi angegebenen Fußabflacher, der im wesentlichen durch eine Schlinge um den Knöchel den Fuß gegen ein Sohlenbrettchen preßt. Bei besonderer Steilstellung des Calcaneus wird eine bogenförmige Osteotomie durch diesen gemacht und nachher das untere Fragment nach hinten und oben verschoben. Einen Gegensatz zwischen dem Hackenfuß im engeren Sinn des Wortes, welcher auf einer

Lähmung der Wadenmuskeln beruht, und dem angeborenen auf einer Mißbildung des Kahnbeins und Cuboid beruhenden Hohlfuß sieht Saldana Larainzer. Ersterer kann durch eine Sehnenplastik behandelt werden, bei letzterem erzielt man durch die Gleichsche Operation gute Resultate. Bei dem schweren fortschreitenden Hohlfuß genügt, wie Stracker betont, meist die subcutane Durchtrennung der Plantarfascie nicht. Die das Fußgewölbe anspannenden Muskeln müssen an ihrem Ansatz durchtrennt und am Fußrücken in antagonistischem Sinne verpflanzt werden. Bei starken Krallenzehen werden die Extensorensehnen hinter den Köpfchen des 3. Mittelfußknochens angeheftet. Unter Empfehlung der von Stracker vorgeschlagenen Durchschneidung des Lig. calc. cuboideum plantare und calcaneo naviculare plantare, sowie der benachbarten anderen Ligamenta interossea empfiehlt Gaugele unter vorsichtiger Schonung der Art. tib. postica und der mit dieser verlaufenden Nerven die Aponeurose und sämtliche Fußmuskeln am Tuber calcanei zu durchschneiden. Nach letzterem Autor entwickelt sich infolge dauernder Überarbeitung des gesundseitigen Fußes bei Funktionsstörung des anderen Beines eine nicht seltene Verbildung des Fußes, der Ballenfuß. Ähnlich wie beim echten Hohlfuß steht die Fersengegend supiniert, der Vorfuß proniert. Außerdem weist der Fuß im Hängen besondere Größe und Breite auf, hohen Spann und deutliche Hohlfußbildung. Beim Auftreten erscheint der Fuß nahezu normal. —

Was die Entstehung des Klauenfußes betrifft, so ist Wills der Ansicht, daß es sich um eine erworbene Deformität handelt, die sich vor allem bei Adolescenten und bei männlichen Individuen häufiger findet als bei weiblichen. Die Verkürzung der Achillessehne ist kein wesentlicher Bestandteil der Deformität, sondern nur in einem Viertel der Fälle als Komplikation vorhanden. Bei den frühzeitig zur Behandlung gekommenen Fällen reichen Nachtschienen und orthopädisches Schuhwerk aus, in mäßig fortgeschrittenen ist die Transplantation des Ext. hall. propr. auf die Metatarsi recht erfolgreich, während bei sehr fortgeschrittenen die Resektion aus den inneren 4 Metatarsalien in Betracht kommt. Stuart unterscheidet 2 Gruppen von Klauenfüßen, solche, bei denen übermäßige Wölbung durch Schrumpfung der Fußsohlenweichteile entstanden ist und solche, wo der Hohlfuß in der knöchernen Reihe der Skelettelemente fest versteift ist. Über die Behandlung der schweren Fälle und Redressionstechnik muß die Originalarbeit nachgesehen werden. Riedel kombiniert das Ludloffsche Verfahren der Schrägosteotomie des Metatarsus I mit der Aufhängung des distalen Fragmentes an eine Schleuder, die aus der Sehne des Ext. hall. long. gebildet wird und das Mittelfußköpfchen von oben her umgreift. Nach Scherb stellt der Klauenhohlfuß wohl einen einheitlichen Deformitätentypus dar, der aber auf ganz verschiedenen Wegen erzeugt werden kann. Von ausschlaggebender Bedeutung ist die Wirkung der Interossei. Eine interessante Zusammenstellung der von Gocht nach dem Nicoladonischen Vorschlag (Resektion der Grundphalangen der erkrankten Zehen von einem Querschnitt an der Fußsohle her) bringt Kreuz.

Eine große Anzahl von Arbeiten beschäftigt sich mit den für die Behandlung von Lähmungsdeformitäten des Fußes in Betracht kommenden Operationen, deren Details natürlich in diesem Referat nicht wiedergegeben werden können. Deshalb seien nur einzelne von diesen Operationen hier besonders erwähnt und im übrigen auf die Originalartikel verwiesen. In leichten Fällen von Lähmungsdeformitäten des Fußes genügen, wie Leo Meyer betont, Gipsverband und Übung der Muskeln, in schweren Fällen, wo das Muskelgleichgewicht wieder hergestellt werden muß, kommt die Sehnenverpflanzung allein in Betracht. Bei Deformitäten mit sekundären Gelenk- und Knochenveränderungen muß auch die Wiederherstellung des Knochengerüstes in der ursprünglichen Form erfolgen. Beim hängenden Spitzfuß empfiehlt Taylor einen starken Streifen aus der Fascia lata zwischen dem Periost am unteren Drittel des Schienbeins und dem Periost des Kahnbeins in überkorrigierter Stellung des Fußes auszuspannen, Schepelmann bei totaler schlaffer Lähmung aller Fuß- und Unterschenkelmuskeln den Sartorius

auf die an ihren Ursprung losgelösten Musculi tib. anterior, peroneus longus, Ext. dig. longus zu verpflanzen, Anzilotti, beim Pes calcaneo-paralyticus die Achillessehne zu verkürzen, die Fußsohlenweichteile zu durchtrennen und die Peronei, die Zehenbeuger oder den Tibialis posticus zur Verstärkung der Achillessehne zu verwenden. Besondere Aufmerksamkeit hat man der Stabilisierung des Fußgelenkes geschenkt. So berichtet Miller über 200 Fälle, die nach dem Verfahren von Hoke operiert worden sind. Er geht von der Außenseite auf die sub-talus-Grube ein und entfernt die überknorpelten Gelenkflächen; je nach der Art der Deformität formt er die verbildeten Fußwurzelknochen. Die Stabilisierung des Fußgelenkes erreicht Goljanitzky durch Bolzung der Gelenke des Fußes in der Richtung von hinten nach vorne, parallel zur Oberfläche des Fußrückens. In einer dazu senkrechtstehenden Ebene treibt Maka nach entsprechendem Redressement durch einen Tunnel in der Frontalebene in der Richtung der Fußgelenkachse quer durch Malleolus int., Talus und Malleolus externus einen Bolzen, welcher die Arthrodese bewirken soll. Die von Rokitzki im Jahre 1916 angegebene Methode, das Gelenk durch einen Knochenspan der zwischen Fersenbein und unterem Tibiaende eingepflanzt, ist in Hyperextensionsstellung zu fixieren, wird auf Grund von Erfahrungen von Lissowskaja und Dshanelidse beschrieben. In anderer Weise versucht Maclennan die Arthrodese der Fußwurzel: ein Schnitt zwischen 1. und 2. Metatarsalköpfchen längs bis zum oberen Sprunggelenk geführt und bis auf den Knochen reichend, schafft Freiheit, mit dem Meißel das Keilbein, das Naviculare und den Talus vollkommen zu durchtrennen bis alle Gelenke offen liegen. Nach Anfrischung der letzteren werden die abgesplitterten Knochenteilchen nicht entfernt, sondern die Wunde einfach geschlossen, die erwünschte Stellung im Gipsverband für 8 Wochen fixiert. Was die Beurteilung der Arthrodese des Fußgelenkes mittels temporärer Talusexstirpation betrifft, kommt Hackenbroch etwa zu folgenden Schlüssen: die temporäre Talusexstirpation ist bei richtigem Vorgehen technisch ein absolut sicher zum Ziele führendes Verfahren zur Herstellung einer Arthrodese im Sprunggelenk. Die damit erzielten Ergebnisse sind sicherer und ausdauernder als die mit allen andern komplizierten Methoden erreichten. Auch bei jugendlichen Kranken verursacht sie keine Wachstumsstörung des Fußes, sie kann frühzeitig, etwa vom 8. Jahre an angewendet werden und umfaßt in ihrem Wirkungsbereich nicht nur normale Lähmungsfüße, sondern kann gleichzeitig zur Korrektur von deformen Füßen verwendet werden. Nach meist einem, spätestens 2 Jahren ist der Gang ohne Schienen völlig schmerzlos. Eine sichere schmerzlose Ankylose im oberen Sprunggelenk erzielt Vilardell, indem er einen Fibulaspan in die angefrischten Gelenkkörper zwischen Malleolus und Talus einschiebt, nachdem er das Gelenk freigelegt, den Malleolus ext. vollkommen abgetrennt hat. Zur Korrektur des schlotternden Hängefußes versteift Campbell zunächst das Chopartsche Gelenk und in einem 2. Akt der Operation das Gelenk zwischen Calcaneus und Talus dadurch, daß er in ein durch eine keilförmige Aufmeißelung vorbereitetes Aufnahmebett das vorher exstirpierte Naviculare in den Winkel zwischen Calcaneus und Hinterfläche der Tibia sowie zerkleinerte Stücke des gleichfalls vorher exstirpierten Taluskopfes blockförmig aufbaut. Dadurch wird, was besonders am Fuß wichtig ist, eine zuweitgehende Plantarflexion verhütet. Bei völlig gelähmten Füßen wird je ein aus der Tibia mittels Kreissäge entnommener Span in einen in das Naviculare und den Talus mit schmalem Meißel geformten tiefen Spalt eingelegt, ebenso das Calcaneo-Cuboidgelenk versteift. Herz meint, daß auch bei völlig schlotterndem Fuß eine Versteifung des Talo-Cruralgelenks nicht notwendig ist, sondern nur eine Feststellung in den beiden oben genannten Gelenken. Einen ähnlichen Weg ist Kornew gegangen, der ein an der Konvexität periostbedecktes Rippenstück in eine an der Dorsalseite des Fußes von der Tibia bis zum Metatarsalköpfchen gebildete Rinne zwischen sein eigenes Periost und 2 aus der Rinne mit dem Meißel zurückgeschlagene Periostknochenlappen nach Decortication des Sprunggelenkes einbettet. Die Operation bewirkt die vollkom-

mene Korrektur der vertikalen und seitlichen fehlerhaften Stellungen. Als Transplantat wird gewöhnlich die 7. oder 8. Rippe genommen, die sich durch Einschnitte an der konkaven Seite in der gewünschten Weise biegen läßt. Der kürzere Abschnitt der Rippe liegt der Tibia an. Fast am meisten von allen Operationen zur Herstellung einer Stabilisierung des gelähmten Fußgelenkes wird die Entfernung des Sprungbeines mit Verschiebung des Fußes nach hinten, wie sie Whitman angegeben hat, verwendet. Zur Beseitigung des Pes calcaneus und Pes calcaneo valgus scheint sie zur Zeit die beste zu sein. Sie versagt bei der Behandlung des Klumpfußes und ist nur in den Fällen, wo der Talus exstirpiert werden muß, dann aber nur in Verbindung mit der lateralen Arthrodese angezeigt. Weitere Einzelheiten, wie sie Ryerson mitteilt, müssen im Original nachgelesen werden. Diese Whitmansche Operation wurde besonders von Bernstein, Mac Ausland, McIlhenny, Cole, Smith, Alexander Forest und Lackum empfohlen. Sie ist besonders angezeigt bei Schlotterfuß, Spitzfuß und Hohlfuß und soll nicht früher als 2 Jahre nach Beginn der Erkrankung und am besten an Kindern von 6—16 Jahren ausgeführt werden. Unter allen Umständen ist ein etwas bewegliches Fußgelenk das Ziel. McIlhenny erweitert die Indikationen zur Operation auch auf gewisse Klumpfüße, bei welchen die Adductoren und die Extensoren der Zehen gelähmt sind, sogar auf rebellische Klumpfüße und bestimmte spastische Fußdeformitäten. Eine große Anzahl von solchen Operationen ist bereits mit gutem Erfolg ausgeführt worden. Einen Gegner findet die Talusexstirpation bei gelähmten Füßen in Satta, welcher sich gegen die zerstörende und verstümmelnde Operation der Talusexstirpation wendet, der er mit Ausnahme von einzelnen Fällen nach schwerem Trauma in der Lähmungstherapie jede Berechtigung abspricht. — Auch die Lähmungen des Peroneus erfuhren eine Bearbeitung. Arthrodesen und Muskelplastiken hält Oliveras Devesa für meist ungeeignete oder unzureichende Besserungsversuche, und empfiehlt selbst einen Schienenschuh mit einem Gelenk hinter dem inneren Knöchel oder einem vorne spiralig zum äußeren Fußrand laufenden Gummizug. Darüber kann ein gewöhnlicher Schuh getragen werden. Kleinschmidt empfiehlt bei Peroneuslähmung die aufsteigende Sehnenauswechslung aus der Payrschen Klinik in dem Sinne, daß nach gründlichem Redressement des Klumpfußes, der weithin freigelegte Peroneus longus hart an seinem Muskelansatz abgeschnitten und durch einen Hauttunnel an den etwa $1^1/_2$ Handbreit oberhalb des äußeren Knöchels der Tibia freigelegten Tibialis anterior befestigt wird. Einen interessanten Beitrag zur Ätiologie des angeborenen paralytischen Klumpfußes bringt Kraffert aus der Vulpiusschen Klinik. — Mit der Behandlung des paralytischen Hackenfußes beschäftigt sich eine Arbeit von v. Dittrich, die nach Osteotomie durch den Taluskopf und den Processus anterior des Calcaneus zwischen Taluskopf und -hals ein etwa 3 cm. langes periostbedecktes Knochenstück aus der Tibia verspreizt. Auch hier muß bez. Einzelheiten auf das Original verwiesen werden. Zum Schluß dieses Abschnittes soll noch eine Arbeit von Schultz über eine wenig beachtete wichtige Form von artefiziellem Hackenfuß, über künstliche Gelenkbänder von Bragard und ein Aufsatz: Orthopädisches Schuhzeug in der Unfallversicherung von zur Verth genannt werden.

Eine lebhaftestes Interesse beweisende vielfache Bearbeitung hat die von Köhler angebene typische Erkrankung des 2. Metatarsalgelenks gefunden, bei der nach dem Autor ein degenerativer subchondraler Prozeß wahrscheinlich durch Zirkulationsstörungen hervorgerufen wird. Pathologisch-anatomische Untersuchungen von Lang auf Grund von Feststellungen an 16 Metatarsalköpfchen verschiedener Altersperioden, bei denen 2 mit Veränderungen durch funktionell traumatische Einwirkungen gefunden wurden und 2 mit Sicherheit auf ein Trauma zu beziehende Veränderungen nicht ergaben, ließen den Autor die Ursache der Köhlerschen Erkrankung nur in traumatischen Einwirkungen und keineswegs im Sinne von Axhausen in embolisch bedingter Nekrose des Knochens annehmen. Während Axhausen in der Ätiologie der Köhlerschen Er-

krankung des Metatarsale II einen embolischen Gefäßverschluß annimmt, sind Rösner und Weil der Ansicht, daß wohl eine Zirkulationsstörung das Wesen der epiphysären Knochen- und Marknekrose ausmacht, daß die Zirkulationsstörung aber in einer venösen Stase innerhalb der Epiphyse besteht, welche die ödematöse Durchtränkung und hämorrhagische Infarcierung bedingt. Diese Zirkulationsstörungen können nur auftreten, solange die Epiphyse bei noch vorhandenem Zwischenknorpel ein in sich abgeschlossener Ernährungsbezirk ist. Es liegen also die Anfänge der Erkrankung vor der Ossifikationsperiode. Das pathologische Gelenk findet seine Ursache in einem Versagen der Muskulatur und des Bandapparates bei konstitutioneller Schwäche und schlecht sitzendem Schuhwerk. Im Gegensatz zu Axhausen und Nußbaum nehmen die beiden Autoren an, daß die Schädigung an den venösen Gefäßen der Epiphyse angreift, und daß es zu einer Stauung des venösen, nicht des arteriellen Blutstromes kommt. Führt diese zur völligen Stase, so muß die Nekrose an Mark und Knochen eintreten. Überschreitet der Druck die Elastizitätsgrenze des Köpfchens, so bricht die nekrotische Epiphyse ein, es kommt zu einer primären Fraktur, während andererseits durch die mit der Reparation verbundene Rarefikation der Köpfchenspongiosa eine sekundäre Fraktur erfolgen kann. Die Fraktur ist deswegen keine pathologische Fraktur. Die keilförmigen Nekrosen finden ihre Erklärung darin, daß unter mechanischen Bedingungen die Restitution in den seitlichen Teilen des Köpchens schneller abläuft als in dem dorsalen Teil. Nach dem histologischen Bild glaubt Engelke mit Bestimmtheit sagen zu können, daß es sich bei der Köhlerschen Erkrankung des Metatarsale II nicht um eine rein traumatische Fraktur handeln kann; er betrachtet die Bindegewebswucherung des Knochenmarkes, welche den physiologischen An- und Abbau des Knochens stört, als das primäre Moment bei der Entstehung dieser Erkrankung. Die Ursache der Markumwandlung zu erklären, ist sehr schwierig, doch ist Engelke geneigt, die Köhlersche Erkrankung dem Formenkreis der Ostitis fibrosa und Ostitis deformans zuzurechnen. Während König und Rauch den Anlaß zur Entstehung der Köhlerschen Krankheit in einer Erkrankung der periostalen Gefäße erblicken, und die Ursache der letzteren in Störungen der die Ossifikation regulierenden innersekretorischen Organe erblicken, glaubt Altschul, der das Trauma und die mykotische Embolie ablehnt, vielmehr, daß statische Momente einen erhöhten Druck auf das Köpfchen des II. Metatarsale bewirken, der zur Nekrose der Epyphyse mit nachfolgender Spontanfraktur führt. Wiederholte Traumen geringfügiger Art, die zunächst zu Schädigungen der Knorpelknochengrenze, beim Fortschreiten des Prozesses zu Nekrosen und schließlich zum Einbrechen der Kopfkappe führen, sieht Moritz Meyer, der eine Zusammenstellung der bisher veröffentlichten Fälle bringt, als die hauptsächlichste Ursache der Erkrankung an. Ebenso berichtet Moffat über 4 Fälle, von denen 2 durch ein Trauma veranlaßt waren und auch Schreuder ist der Ansicht, daß die Erkrankung als die Folge eines chronischen Traumas aufzufassen sei. Prognose und Therapie werden in einem Aufsatz von Bragard erörtert. —

Die von Deutschländer beschriebene Erkrankung des distalen Teiles des Metatarsus III bzw. noch häufiger II, ist noch nicht durchweg als selbständiges Krankheitsbild anerkannt. Die verschiedenen Ansichten kommen in den Arbeiten von Peeremans, Nast-Kolb, Allievoli zum Ausdruck. Der erste der genannten Autoren unterscheidet 3 Stadien der Erkrankung: 1. das akute, etwa 2 Monate dauernde, mit einem scharf umschriebenen Druckschmerz an der bezeichneten Stelle ohne röntgenologisch nachweisbare Knochenläsion, ferner das Stadium der Knochenneubildung, welche vom Mark und Periost ausgeht, im 3. und 4. Monat röntgenologisch nachweisbar ist, dann das Stadium der Heilung und Verkleinerung des neugebildeten Knochens. Er hält die Erkrankung für eine der Köhlerschen Krankheit nahestehende, wenn nicht mit ihr identische. Aievoli hingegen erblickt in der Deutschländerschen Krankheit einen Symptomenkomplex, welcher den Ausdruck einer trophischen Skelettstörung, hervorgerufen durch die veränderte Statik und Mechanik des Fußes, darstellt. Die an den Mittelfuß-

knochen zu beobachtenden Callusbildungen ohne Fraktur sind nach Walther Müller aufzufassen als eine Reaktion des Knochens auf mechanische Beanspruchung, denen er auf Grund der vorhandenen Gestalt und Struktur nicht gewachsen ist und deren schädigende Einwirkung er durch vermehrte Knochenbildung zu begegnen strebt. Sie sind stets der Ausdruck einer mechanisch-funktionellen Insuffizienz der betreffenden Knochen, weswegen der Name Insuffizienzerkrankung der Metatarsalia für diese Veränderungen vorgeschlagen wird. Die in dieses Gebiet gehörende Fußgeschwulst faßt Turner auf als neurogene Komplikation traumatischer Schädigungen. Die bei mehreren Patienten auf dem Fußrücken und an der Fußsohle beobachteten umschriebenen Hyperästhesien der Haut erweckten im Verein mit lokaler Hyperhydrose und relativem Kalkschwund den Verdacht, daß auch die Schmerzen und das Ödem durch eine traumatische Neuritis der Endverzweigungen des N. peroneus, die mit dem Periost der mittleren Metatarsalia besonders innig zusammenhängen, entstünden. In Analogie mit dem harten Ödem des Handrückens und anderen nervösen Komplikationen des typischen Radiusbruches nimmt er den N. interosseus dorsalis als die Ursache dieser Störungen an. Was schließlich den Vorderfußschmerz betrifft, der mindestens differentialdiagnostisch bei der Betrachtung dieser Erkrankung in Frage kommt, so kann derselbe nach Froelich durch verschiedene Erkrankungen bzw. Zustände bedingt sein: 1. durch eine wirkliche Senkung des vorderen Quergewölbes, 2. durch eine gleichzeitig vorhandene Hohlfußbildung mit Klauenstellung der Zehen, 3. durch eine Köhlersche Erkrankung des Metatarsale, 4. durch Schmerzen gichtischer und rheumatischer Natur, 5. durch eine spontane Periostitis der Metatarsalien (Deutschländersche Krankheit) und 6. durch eine Fraktur eines Sesambeines der großen Zehe. Zur Behandlung des Vorderfußschmerzes, dessen Ursache Wollenberg in dem Verlorengehen des vorderen Quergewölbes erblickt, empfiehlt er am ehesten Einlagen in einer besonderen Art, wie sie im Prinzip zuerst von Baeyer angegeben wurde. Es kommt dabei darauf an, unter die stärkste Prominenz der Metatarsalköpfchen eine Pelotte von $1-1^1/_2$ cm Höhe und dem Aussehen eines Knopfes anzubringen. Den für diese Zwecke von Schede empfohlenen vorderen Absatz verwirft Ernst Fischer unter Bevorzugung einer eigens von ihm für diesen Zweck konstruierten Einlage.

Die Köhlersche Erkrankung des Naviculare fand in verschiedenen Arbeiten verschiedene Deutung. So erscheint Georg Schmidt ein Zusammenhang der Erkrankung mit einer pluriglandulären Insuffizienz für gegeben, Kidner und Muro sehen in der Köhlerschen Erkrankung eine Herabsetzung der knochenbildenden Fähigkeit des Naviculare des Fußes, verursacht durch eine milde Infektion unbekannten Ursprungs, Lecène und Mouchet erblicken in der Erkrankung den Ausdruck einer abgeschwächten Osteomyelitis mit Bildung kleiner nekrotischer Herde, Giuliani den Ausgang traumatischer Veränderungen ebenso Schröder den Erfolg kleiner, nicht beachteter Traumen. Zum Schluß sind noch die Arbeiten über 2 Deformitäten des Fußes bzw. Vorderfußes zu nennen.

Die von Mettenleiter über den Metatarsus varus und adductus congenitus, der sich eine Arbeit von Willich anschließt, die dieselbe Deformität behandelt, und die Arbeiten über den Hallux varus von Greig, Spisic und Grueter über den Hallux varus. Der Metatarsus varus congenitus ist durch eine seitliche Abweichung des Calcaneus, Luxation des Talus nach vorn, Verschiebung des Kahnbeins nach außen und schräg hinten charakterisiert, ferner durch Einwärtsdrehung des 1. Keilbeins und der Mittelfußknochen und durch leichte Innenbiegung der proximalen Teile des 2.—4. Metatarsus. Metatarsus varus und Metatarsus adductus congenitus unterscheiden sich nur durch verschiedene Stufen derselben Knochenveränderung, welche als primäre Stellungsanomalie des Kahnbeins, des 1. und 2. Keilbeins mit Adductionsstellung allein der mit Adduktionsstellung und sekundärer Verbiegung der Mittelfußknochen anzusprechen ist. Ätiologisch kommen Erblichkeit und intrauterine Raumbeschränkung in Betracht.

Die Therapie richtet sich nach den Grundsätzen der Klumpfußbehandlung. In der Arbeit von Willich wird Mitteilung gemacht von der Kombination eines doppelseitigen Metatarsus adductus congenitus mit einer Malacie des 1. Keilbeins, das in 2 Hälften geteilt war. Diese eine primäre fehlerhafte Keimanlage bedeutende Zweiteilung läßt Willich annehmen, daß auch den sog. Malacien abnorme Keimanlagen zugrunde liegen. Die Kleinzehendeformität, die von Stracker als digitus V varus beschrieben wird, empfiehlt er durch eine sparsame Resektion der Basis der Grundphalanx der 5. Zehe unter entsprechendem Hautschnitt zu korrigieren.

Allgemeines.

Abrashanow, A., Eine neue Operationsmethode zur Verlängerung der unteren Extremität. (Chir. Klin., Jekaterinoslaw.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 9, S. 462 bis 464.) **31**, 414.

Böhm, Statischer Umbau gelähmter Beine. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 221 bis 245.) **31**, 939.

Chachutov, Š. D., Über die operative Extremitätenverlängerung. (Chir. propedeut. Klin., Univ., Kijev.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **4**, H. 12, S. 60 bis 81.) (Russisch.) **35**, 459.

Coller, Frederick A., and Phil L. Marsh, Lesions of the extremities associated with diabetes mellitus. (Dep. of surg. a. internal med., univ. of Michigan med. school, Ann Arbor.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 3, S. 168 bis 171.) *

Dubreuil-Chambardel, Louis, Variations des artères du pelvis et du membre inférieur. (Paris: Masson 1925. 272 S.) **31**, 494.

Frei, W., Gangrän an den Hinterfüßen von Kaninchen nach Schädigung des Nervus ischiadicus. Nachtrag zur Mitteilung in Jg. 4, Nr. 12, S. 550 dieser Wochenschrift. (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 18, S. 879.) *

Giuntini, Leopoldo, Esiti a distanza in un caso di epifisite distruttiva multipla. (Clin. ortop., univ., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. **14**, H. 5, S. 279—282.) **35**, 189.

Gutnikov, P., und K. Čikovani, Replantation der unteren Extremität des Menschen unter Bildung eines Nervengefäßstieles nach Bogoras. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. **2**, S. 108—112.) (Russisch.) **37**, 300.

Hartmann, Embolie et gangrène du membre inférieur. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 35, S. 567.) *

Haß, Verriegelung der Gelenke. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Gratz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 301—302.) **32**, 58

Kallistov, I., Das lymphatische System der großen Gelenke der unteren Extremität. (Chir. Fak.-Klin., I. Univ. Moskau.) (Russkaja klinika Jg. **2**, Bd. 3, Nr. 13, S. 677 bis 686.) (Russisch.) **34**, 197.

Kimura, Y., Eine neue operative Behandlung bei spastischer Lähmung der Unterextremitäten. (Tokyo med. Wochenschr. **2448**.) **33**, 925.

Klimenkowa, N. J., Erkrankungen der unteren Extremitäten bei Arbeitern der Spinnfabrik „Krasno-Presnenskoj-Trechgornoj" Manufaktur in Moskau. (Wwedenije w sozialnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej. Moskau, S. 61—74.) (Russisch.) *

Labbé, Marcel, La gangrène chez les diabétiques. (Hôp. de la Pitié, Paris.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 18, S. 281—284.) **32**, 432.

Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. V. Die Diaphysenbrüche des Unterschenkels. Die Schenkelhalsbrüche. Beckenbrüche. Wirbelbrüche. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 31, S. 1298 bis 1301.) **32**, 908.

Maleysson et Py, Le traitement économique dans les gangrènes par artérite du membre inférieur. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 13, S. 291—292.) **31**, 896.

Merpert, E., Zur Architektur der Art. profunda femoris. (Anat. d. med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Nr. 3/4, S. 121 bis 128.) **37**, 845.

Most, Über die Lymphdrüsen der unteren Extremität. (St. Georgs-Krankenh., Breslau.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 5/6, S. 408—413.) **32**, 687.

Nodeshdin, W. A., Zur Diagnostik einer simulierten Beinverkürzung. (Inst. f. gerichtl. Med., milit.-med. Akad., Leningrad.) (Vračebnaja gaseta Nr. 2, S. 42—43.) (Russisch.) **33**, 400.

Paterson, Donald, and W. G. Wyllie, Hypertrophy of the bones of a limb due to a naevus. (Infant's hosp., Westminster, London.) (Brit. journ. of childr. dis. Bd. **22**, Nr. 253/255, S. 36—39.) **32**, 253.

Pierson, Henry H., Seven arterial anomalies of the human leg and foot. (Anat. laborat., Bellevue hosp. med. coll., New York univ., New York.) (Anat. record Bd. **30**, Nr. 2, S. 139—145.) **33**, 558.

Posnjakow, L. N., Vereisung des Ischiadicus bei Gangrän der unteren Extremitäten. (Chir. Sammelh. d. propädeut. chir. Klin. u. Inst. f. Krebsforsch., I. Moskauer Staatsuniv., Prof. P. Herzen H. 2, S. 229—241. 1925.) (Russisch.) **35**, 267.

Redon, Henri, et Adrien Harburger, Gangrène sénile. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 1, S. 5—11 u. Nr. 3, S. 37—40.) **31**, 415.

Steinmann, Fr., Einige neue Operationen an oberer und unter Extremität. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 22, S. 470—474.) **32**, 424.

Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. (Lancet Bd. **209**, Nr. 10, S. 487—491.) **33**, 76.

Becken.

Almasova, A., Osteomylitis des Schambeines. (Frauenklin., Univ., Saratov.) (Saratovskij vestnik zdravoochranenija Jg. **6**, Nr. 10/12, S. 97—98.) (Russisch.) *

Aloi, Vincenzo, Su due casi di tumori del bacino. (Osp. civ., Catanzaro.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 3, S. 493—497.) **34**, 495.

Barbilian, N., Les fascia intrapelviens. (Laborat., M. le prof. Rouvière, Paris.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 70, S. 1176—1177.) *

Beach, William M., An unusual case of pelvic fistula. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 11, S. 272.) *

Béclère, Néoplasme pulsatile du sacrum, vraisemblablement de nature sarcomateuse traité avec succès par la rœntgenthérapie. (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. **9**, Nr. 11, S. 503—507.) *

Brickner, Walter M., Pelvic actinomycosis in a soldier. (Surg. serv., Base hosp. **3**, New York.) (Milit. surgeon Bd. **57**, Nr. 1, S. 39—50.) *

Danforth, Murray S., and Philip D. Wilson, The anatomy of the lumbo-sacral region in relation to sciatic pain. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. **1**, S. 109 bis 160.) **31**, 366.

Erlacher, Philipp, Hüftpfannenbodenbruch mit Luxation des Sitzbeins nach innen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 50, S. 2835—2837.) **34**, 43.

Frank, M. N., Ultraviolet ray treatment in sacroiliac disease. (Journ. of the Michigan state med. soc. Bd. **24**, Nr. 9, S. 469—471.) **34**, 485.

Gazdanov, L., Ein Fall von Exarticulatio interileoabdominalis. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. Nordkaukasusgeb., Rostov a. D., Sitzg. v. 23.—26. IX. 1925, S. 349 bis 353.) (Russisch.) **37**, 139.

Giongo, Franco, Un caso di anomalia pelvi-femorale congenita. (Istit. di radiol., univ., Milano.) (Radiol. med. Bd. **12**, H. 8, S. 525—535.) **32**, 908.

Günzler, Heinz, Über Beckenfraktur. (Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 4, S. 617—625.) **32**, 558.

Hancock, Thos. H., Thrombosis of the superficial circumflex iliac vein. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 10, S. 387.) **34**, 387.

Heller, Edward P., Avulsion of the anterior superior iliac spine, with symptomless sacralization of the fifth lumbar vertebra. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 7, S. 508—509.) **31**, 668.

Idaškiňo, S., Zur Kasuistik der Amputationen und Resektionen des Beckens. (Chir. Klin. Prof. J. O. Halperu, med. Hochsch., Jekaterinoslav.) (Jekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. **4**, Nr. 3/4, S. 186—192.) (Russisch.) *

Joachimovits, Robert, Die Bedeutung der Sacrocoxitis. (Allg. Poliklin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 36, S. 978—983.) **33**, 445.

Judin, S. S., Zur Frage der Blutstillung bei der Amputatio interileoabdominalis. (Krankenh., Serpuchov.) (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 697—698.) (Russisch.) **35**, 456.

Kühnast, Wilhelm, Die Abrißfrakturen der Spina iliaca anterior superior. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. **4**, S. 460 bis 463.) **31**, 781.

Levi, Ernesto, Osservazione clinica di osteomielite acuta del pube e setticopiemia stafilococcica. (Padiglione N., osp. civ., Genova.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 31, S. 482—484.) 33, 445.
Lewin, Philip, Osteo-arthritic protrusion of the acetabulum. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 4, S. 449—450.) 33, 493.
Long, Le Roy, Acute non-tuberculous ilio-psoas abscess. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 3, S. 198—202.) 32, 237.
Maisonnet, Les disjonctions du pubis et les luxations du bassin chez les cavaliers. Leurs complications urinaires. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 34, S. 161—170.) 34, 194.
Masson, James C., Sacrococcygeal sinuses and cysts. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 737—742.) *
Pomeranz, Maurice M., Osteoarthritic protrusion of the acetabulum. A case report. (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 7, S. 169—170.) 32, 682.
Rabinovič, I., Zur Frage über die Exarticulatio interileoabdominalis. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 374—377.) (Russisch.) 36, 381.
Reed, Robert J., Injuries of the bladder and urethra complicating fractures of the pelvis. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 8, S. 295—297.) 33, 350.
Roegholt, M. N., Epiphysiolyse mit Epiphysenfraktur der Spina iliaca anterior. (Nederlandsch maandschr. v. geneesk. Jg. 13, Nr. 5, S. 288—291.) (Holländisch.) 33, 558.
Saidl, Josef, Sarcoma pelvis. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 41, S. 1473 bis 1476.) (Tschechisch.) 33, 493.
Sawday, A. Ernest, Partial intestinal obstruction in a child due to post-rectal teratoma. (Brit. med. journ. Nr. 3381, S. 685.) *
Sazepin, T., Zur Frage der kombinierten Behandlung der Tuberkulose der Beckenknochen mittels Röntgen und Jod nach Hotz. (Orthop. Abt., Reichsinst. f. Physiatrie u. Orthop., Kommissariat f. Volksgesundheit, Chef: S. Duchowskoi.) (Kliničeskaja medicina Jg. 6, Bd. 3, Nr. 1/2, S. 47—48.) (Russisch.) 34, 466.
Schaldemose, Vilhelm, A case of exarticulatio (amputatio) interilio-abdominalis. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 523—532.) 31, 328.
Snow, William Benham, Report of cases of sacroiliac displacements treated by the author's method. (Americ. journ. of electrotherapeut. a. radiol. Bd. 43, Nr. 7, S. 266 bis 270.) 35, 61.
Ssawtschenko, F. M., Zur Frage über die Ruptur des M. psoas major. (Nowyj chirurgičeski archiv Bd. 7, H. 2, Nr. 26, S. 214—218.) (Russisch.) 33, 76.
Valtancoli, Giovanni, Osteocondrite ischio-pubica. (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 3, S. 281—287.) 32, 122.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. (Lancet Bd. 209, Nr. 10, S. 487—491.) 33, 76.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. Lecture I. (Lancet Bd. 209, Nr. 7, S. 313—317.) 33, 141.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. II. (Lancet Bd. 209, Nr. 8, S. 363—369.) 33, 141.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. IV. (Lancet Bd. 209, Nr. 11, S. 534—538.) 33, 286.

Leistengegend, Gesäßgegend.

Gatch, Willis D., and W. T. Green, Cysts of the ilio-psoas bursa. (Laborat. of surg. pathol., Indiana univ. school of med., Indianapolis.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 2, S. 277—285.) 32, 908.
Hollmann, W., Über das Vorkommen von Uterusschleimhaut in der Leistenbeuge. Beitrag zur Theorie der Entstehung der heterotopen endometrioiden Wucherungen. (Städt. Krankenanst., Barmen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 84 bis 95.) 34, 804.
Kreuscher, Philip H., The substitution of the erector spinae for paralyzed gluteal muscles. An operation for stabilizing the hip. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 5, S. 593—597.) 32, 312.
Le Chuiton, F., Essai de vaccinothérapie dans les adénites tropicales. (Arch. de méd. et pharmacie navales Bd. 115, Nr. 2, S. 154—163.) 33, 558.
Lop, Du traitement chirurgical des adénites inguinales suppurées. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 64, S. 1043—1046.) 32, 855.

Lugones, C., Eiterung der Iliacaldrüsen. (Rev. de las soc. argentinas de nipiol. y pediatría Jg. 1, Nr. 4, S. 170—174. (Spanisch.) 37, 462.
Migliavacca, Luigi, Contributo alla casistica della trombosi delle arterie iliache. (Pavia: Tip popolare 1925. 8 S.) *
Tierny, Auguste, Traitement des adénites inguinales suppurées. (Hôp. St.-Jean, Paris.) (Bull. méd. Jg. 39, Nr. 41, S. 1100.) 35, 262.

Hüftgelenk. Allgemeines.

Albee, Fred H., Reconstruction and plastic operations on the hip. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 18, S. 1345—1352.) 33, 623.
Bárta, Josef, Operation unbeweglicher Hüftgelenke. (Časopis lékařů českých Jg. 65, Nr. 48, S. 1728—1732.) (Tschechisch.) 34, 44.
Beck, Das Duchenne-Trendelenburgsche Phänomen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 207—220.) 31, 893.
Camera, Ugo, Indicazioni ed esiti della dislocazione del grande trocantere. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 89 bis 98.) 33, 77.
Chassard, M., Lésions acétabulaires dans l'ostéochondrite de la hanche. (Clin. chir. infant., fac., Lyon.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 517—527.) 34, 388.
Coley, Bradley L., Central fracture of the acetabulum. With a report of a case. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 458—464.) 32, 122.
Cotton, Frederic J., Some new items as to hip fractures. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 25, S. 1212—1214.) 32, 637.
Delbet, Pierre, et Pierre Monhard, Arthrite chronique de la hanche avec subluxation et ankylose progressive chez l'adulte. (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 1, S. 13 bis 38.) 31, 330.
Dollinger, Julius, Die operative Einrenkung der veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellenbogens und der Hüfte auf Grund von 207 selbstoperierten Fällen. 2. Folge. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 1—62.) 33, 284.
Duvernay, De l'arthrite chronique de la hanche chez l'adulte. (Journ. de méd. de Lyon Jg. 6, Nr. 130, S. 313—322.) 33, 924.
Harrenstein, R. J., Eine gefährliche Periode in der Entwicklung des Hüftgelenkes und ihre Bedeutung für das Entstehen der Hüftgelenksverrenkung. (Emma-Kinderkrankenhaus, Amsterdam.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 481 bis 507.) 33, 286.
Hühne, Thilo, Experimentelles zur Anatomie des Trendelenburgschen Zeichens. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 198, H. 1/2, S. 1—8.) 33, 445.
Kallistov, I., Das lymphatische System der großen Gelenke der unteren Extremität. (Chir. Fak.-Klin., I. Univ. Moskau.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 13, S. 677 bis 686.) (Russisch.) 34, 197.
Lange, Max, Die Bedeutung und Behandlung der Hüftbeugecontractur nach Poliomyelitis. (Orthop. Klin., Univ. München.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 86—115.) 33, 763.
Lorin, Henri, Les luxations itératives des articulations serrées, coude, hanche tibiotarsienne (à propos d'une luxation du coude). (Paris méd. Jg. 15, Nr. 9, S. 202 bis 208.) 32, 475.
Mau, Behandlung der Epiphysenlösungen des Schenkelkopfes. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 718.
Mayer, Leo, An unusual type of paralytic abduction deformity of the hip — an operation for its cure. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 3, S. 421—423.) 32, 313.
Nové-Josserand, G., Malformations et subluxations de la hanche. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 85—122.) 31, 634.
Perpiná, V. Sanchis, und R. Diaz Sarasola, Ein neues Verfahren der Hüftgelenkauslösung. (I. chir. Univ.-Klin., Madrid.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 42, S. 2338 bis 2341.) 33, 494.
Rechtman, M. A., The reconstruction-operation on the hip. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 6, S. 842—858.) *
Renner, Carl, Die Shentonsche Linie. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 51, S. 2875—2876.) 34, 134.
Saxl, Alfred, Über das Trendelenburgsche Phänomen bei Hüfterkrankungen. (Kaiser Franz Josef-Ambulat. u. Jubiläumsspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 10, S. 273—275.) 31, 846.

Sievers, Roderich, Zur Anatomie und Symptomatologie des Trendelenburgschen Phänomens. (Univ.-Kinderklin., Leipzig.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 514—525.) **33, 224.**

Smith, Lemuel D., Hip flexion deformity and extension frame for its correction. (Children's hosp., Boston.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 724 bis 729.) **32, 686.**

Stewart, S. F., The treatment of flexion deformity of the hip joint. (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 1, S. 59—61.) **32, 220.**

Tarakanov, E. S., Über die Synovialfalten des Hüftgelenkes. (Anat. Inst., Univ. Rostova. D.) (Izverstija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. 5, S. 106 bis 109.) (Russisch.) **36, 381.**

Whitman, Royal, The operative treatment of arthritis deformans of the hip-joint. (Ann. of surg. Bd. 81, Nr. 6, S. 1108—1114.) **33, 686.**

Coxa vara und Coxa valga.

Bellando-Randone, T., et J. M. Reviglio, Ostéochondrite de la hanche et coxa vara. (Clin. chir. infant. et orthop., fac., Paris.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 4, S. 337—344.) **33, 76.**

Buonsanti, Paolo, Della coxa valga e della cosidetta valga luxans. (Istit. di patol. chir., univ., Firenze.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 358—388.) **33, 923.**

Cohn, Bruno, Collum valgum und steiles Becken. Coxa valga luxans. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 399—400.) **32, 426.**

Garrido-Lestache, J., Coxa valga. (Pediatria española Jg. 14, Nr. 151, S. 108 bis 111.) (Spanisch.) *

Hackenbroch, Erfahrungen in der operativen Behandlung irreponibler Hüftluxationen und der Coxa vara. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 185—188 u. S. 214—220.) **31, 895.**

Kappis, Max, Ein Beitrag zur Entstehung der Coxa vara adolescentium. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 6, S. 292—297.) **31, 413.**

Kidner, F. C., Coxa vara in adolescence. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 241—250.) **32, 252.**

Lamy, L., Coxa flecta traitement par la réinfraction et par la transplantation du moyen fessier. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 32—36.) **31, 846.**

Losio, Livio, Ancora sulla osteotomia curvilinea paracervicale del gran trocantere per la cura della coxa vara. (Osp. civ., Piacenza.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 469—472.) **32, 859.**

Stettner, E., und P. Wustrow, Neues über Pathogenese und Therapie der Coxa vara. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. 51, Nr. 20, S. 815—817.) **32, 352.**

Coxitis und Coxalgien verschiedener Ursachen.

Beresnegovskij, N., Ein neuer Apparat für die Behandlung der tuberkulösen Coxitis. (Prothesen-Inst., Tomsk.) (Festschr. f. Prof. Myš, Tomsk, S. 44—47.) (Russisch.) **38, 10.**

Caforio, Luigi, Trocanterite subacuta postgrippale. (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 22, S. 522—524.) *

Calvé, Jacques, Traitement orthopédique de la coxalgie chez l'enfant. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 26—31.) **32, 427.**

Chlumsky, V., Ein Beitrag zur Verschlechterung des Ganges nach der Osteotomie wegen coxitischer Ankylosen und Contracturen. (Chir.-orthop. Univ.-Klin., Bratislava.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 41, S. 2298—2300.) **33, 448.**

Coe, Herbert E., Tuberculosis of the hip in children. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 3, S. 145—148.) *

Curtillet, J., et R. Tillier, L'extension verticale du membre inférieur dans le traitement des affections ostéo-articulaires aiguës de la hanche. (Clin. chir. infant. et d'orthop., Alger.) (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 5, S. 524—535.) **32, 427.**

Delitala, F., Osteocondrite dell'anca o coxite tubercolare? (Div. ortop. e di chir. infant., osp. civ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 204—208.) **34, 868.**

Discussion on the differential diagnosis of non-tuberculous coxitis in children and adolescents. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 10, sect. of orthop., 7. IV. 1925, S. 31—37.) **32, 856.**

Duguet et Clavelin, Les arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche chez l'adulte. (Considérations cliniques à l'occasion de 30 cas personnels.) (Rev. de chir. Jg. 44, Nr. 5, S. 321—362.) **32, 477.**

Farrell, Benjamin P., An attempt to fuse the hip joint for tuberculosis. A report of the end result of ten cases. (Serv., New York orthop. dispensary a. hosp., New York.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 563—569.) 32, 638.
Gill, A. B., Reconstruction of the hip joint. (Atlantic med. journ. 28, S. 204.) 32, 427.
Heiner, Osteochondritis coxae juvenilis und Coxitis tuberculosa. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 266—270.) 32, 58.
Hertz, Rolf, L'ostéosynthèse spontanée dans la coxalgie tuberculeuse. (Acta tubercul. scandinav. Bd. 1, H. 3, S. 196—199.) *
Hipsley, P. L., Pneumococcal arthritis. (Roy. Alexandra hosp. f. children, Camperdown, Sidney.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 22, S. 567.) 32, 859.
Iraeta, Domingo, und Carlos D. Medina, Seltene Beckenveränderung durch Coxalgie. (Maternidad Pedro A. Pardo, Buenos Aires.) (Rev. de la asoc. méd. argentina Bd. 37, Nr. 231, S. 19—25.) (Spanisch.) 33, 840.
Key, J. A., The non-tuberculous hip of early life. II. In childhood. (Journ. of the Missouri state med. assoc. 22, S. 429.) 35, 666.
Kremer, Zur Differentialdiagnose der Coxitis tuberculosa. (Städt. Tuberkul.-Krankenh. Waldhaus Charlottenburg, Sommerfeld, Osthavelland.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 61, H. 6, S. 770—772.) 33, 764.
Lussana, Stefano, Contributo al trattamento della lussazione dell'anca consecutiva ad antica resezione per coxite. (Osp. civ., Venezia.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 1, S. 4—6.) *
McKenna, Donald E., Tuberculosis of the hipjoint in childhood, coxitis, with special reference to diagnosis. (Orthop. dep., Brooklyn hosp., New York.) (Long Island med. journ. Bd. 19, Nr. 4, S. 135—138.) *
Merklen, Robert, Quelques remarques au sujet du diagnostic et du traitement des coxarthries chez l'adulte. (Hôpital Jg. 13, Nr. 155, S. 652—654.) *
Noble, Thomas P., Pseudocoxalgia. (Mayo clin., Rochester.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 70—84.) 31, 329.
Perkins, George, and Murk Jansen, The etiology of pseudocoxalgia; a critical survey of the congenital theory. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 13 bis 40.) 31, 329.
Robertson Lavalle, Carlos, 50 Fälle von tuberkulöser Osteoarthritis, geheilt durch Knochentransplantation bei 25tägiger Bettruhe. (Semana med. Jg. 32, Nr. 46, S. 1209—1233.) (Spanisch.) 34, 44.
Smirnoff, E. W., Paraartikuläre Arthrodese bei Gelenktuberkulose. (Verhandl. d. 16. russ. chir. Kongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 397—398.) (Russisch.) 35, 459.
Vulliet, H., Contribution à l'étude des „pseudocoxalgies", ostéomyélite et ostéite de croissance du petit trochanter. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 149—154.) 31, 635.
Wilkowa-Malzewa, N. A., Die Tuberkulose der Gelenke der unteren Extremitäten. (Klin. f. chir. Tuberkul., Direktor: Doz. Kornew, Leningrad.) (Woprossy chirurgičeskawo tuberkulesa S. 38—52.) (Russisch.) 32, 684.

Kongenitale Hüftgelenkluxation.

Allison, Nathaniel, Congenital dislocation of the hip in young adults. (Massachusetts gen. hosp., Boston.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 330—339.) 32, 637.
Annovazzi, G., La lussazione congenita dell'anca associata a malformazioni congenite. (Clin. ortop. e traumatol., univ., Milano.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 53—88.) 33, 189.
Brândusanu, Virgil I., Die Operation, Heil- und Vorsorgebehandlung bei irreponibler kongenitaler Hüftgelenksluxation. (Clujul med. Jg. 6, Nr. 11/12, S. 439—445.) (Rumänisch.) *
Caklin, V., Palliative Eingriffe bei angeborenen und pathologischen Hüftluxationen. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. 2, S. 91—93.) (Russisch.) 37, 780.
Calot, F., L'importanza capitale, ma sconosciuta delle deformità congenite nella patologia dell'anca. (Rass. internaz. di clin. e terap. Jg. 6, Nr. 4, S. 232—235.) 32, 476.
Calot, F., Luxations congénitales de la hanche. Comment assurer leur guérison intégrale et constante. (Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2048, S. 3388—3403.) 32, 908.
Camera, Ugo, Sopra una rarissima deformità dell'estremità superiore di un femore congenitamento lussato, causa di irriducibilità della lussazione. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 18—24.) 34, 326.
Chatterton, Carl C., and Albert E. Flagstad, Analysis of congenital hips observed in private practice. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 355—369.) 32, 427.

Deutschländer, Erfahrungen über die Radikaloperation nichtreponibler Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. Dtsch. Orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih. S. 172—180.) *

Dickson, Frank D., Davis method for closed reduction of congenital dislocation of the hip. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 873—882.) 34, 43.

Ducroquet, Robert, Traitement de la luxation congénitale de la hanche par la mobilisation précoce. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 12, S. 1029—1047.) 36, 72.

Ely, Leonard W., Congenital dislocation of the hip. A clinical study of twenty-nine cases. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 22, S. 1627—1629.) 32, 638.

Epstein, G., Die Königsche Operation bei veralteten kongenitalen, pathologischen und paralytischen Hüftluxationen. (Traumatol. u. orthop. Klin., staatl. traumatol. Inst., Leningrad, Dir. Prof. Polenov, Vorst. d. orthop. Abt. Prof. Wreden.) (Žurnal dlja ussoweršenstwowanija vračei Jg. 3, Nr. 5, S. 281—287.) (Russisch.) 33, 840.

Fairbank, H. A. T., A case of unilateral imperfect formation of the hip-joint: Subluxation, with spontaneous recovery. (Proc. of the roy. soc. of med. Bd. 18, Nr. 8, sect. of orthop., 3. II. 1925, S. 27—28.) 32, 477.

Faldini, Giulio, Le lesioni cotiloidee nella lussazione congenita dell'anca. (Osservazioni anatomiche ed embriologiche.) (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 3, S. 498—504.) 34, 614.

Fraenkel, J., Schwierige Einrenkungen angeborener Hüftluxationen. Hüfteinrenkungen im Erwachsenenalter. Der Musculus iliopsoas als Repositionshindernis. II. Teil. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 3/6, S. 359—390.) 32, 683.

Froelich, De l'ostéotomie sous-trochantérienne (bifurcation des Allemands) dans le traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 4, S. 309—336.) 32, 798.

Froelich, R., Traitement palliatif non sanglant de la luxation congénitale irréductible des hanches. (Rev. méd. de l'est Bd. 53, Nr. 8, S. 249—255.) 33, 142.

Frumin, I. O., und A. E. Frumina, Zur Frage über die blutlose Einrenkung der angeborenen Hüftgelenkluxationen. (Orthop. Kinderinst. u. klin. Inst., Kijev, Chefarzt I. O. Frumin.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 1, Nr. 29, S. 137—149.) 35, 919.

Hackenbroch, Erfahrungen in der operativen Behandlung irreponibler Hüftluxationen und der Coxa vara. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15. bis 17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 185—188 u. 214—220.) 31, 895.

Harrenstein, R. J., Eine vollständig ausgebildete Hüftverrenkung bei einem siebenmonatigen Fetus. (Emma-Kinderkrankenh., Amsterdam.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 3, S. 399—409.) 31, 571.

Harrenstein, R. J., Eine gefährliche Periode in der Entwicklung des Hüftgelenkes und ihre Bedeutung für das Entstehen der Hüftgelenksverrenkung. (Emma-Kinderkrankenh., Amsterdam.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 481—507.) 33, 286.

Haß, Spätluxation und Spätreluxation der Hüfte. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 135 bis 146 u. 214—220.) 32, 59.

Hilgenreiner, H., Zur Frühdiagnose und Frühbehandlung der angeborenen Hüftgelenkverrenkung. (Kinderklin., böhm. Landesfindelanst., dtsch. Univ. Prag.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 37, S. 1385—1388 u. Nr. 38, S. 1425—1429.) 33, 559.

Kopits, Spontanheilungen von angeborenen Hüftgelenksverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 158—163 u. 214—220.) 32, 251.

Krukenberg, H., Spontanheilung der angeborenen Hüftluxation. Bemerkungen zu dem Aufsatz von Dr. E. Jungmann.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 79 bis 85.) 34, 388.

Lance, Constitution d'une butée ostéoplastique dans les luxations et subluxations congénitales de la hanche. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 56, S. 945—948.) 32, 857.

Lance, Traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche. (7. congr. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1924.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 86, S. 1427 bis 1428.) 33, 763.

Lance, Etude des troubles observés dans les luxations congénitales invétérées de la hanche. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 54, S. 881—883.) *

Lance, M., Remarques sur le diagnostic et le traitement des luxations congénitales de la hanche. (Hôp. d. enfants-malades, Paris.) (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 19—25.) 32, 351.

Lance, M., Le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées de la hanche. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 557—632.) 34, 467.

Lange, M., Luxation congénitale de la hanche invétérée et douloureuse. Réduction et réfection d'un toit osseux au cotyle. Guérison. (Bull. de la soc. de pédiatr. de Paris Jg. 1925, Nr. 3/4, S. 147—149.)

Lorenz, Einleitungsvortrag über das Schicksal der nichtreponierten Hüftverrenkung und Vortrag über Bifurkation. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 124—135 u. 214 bis 220.) 32, 219.

Lorenz, Adolf, Zur Charakteristik verwandter Methoden in der Behandlung irreponibler Hüftverrenkungen und luxationsähnlicher Zustände nebst Bemerkungen zu dem Proteste des Herrn v. Baeyer. (Siehe diese Zeitschrift 44. Bd., 4. Heft.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 3, S. 409—415.) 31, 634.

Lorin, Henri, Les luxations itératives des articulations serrées, coude, hanche tibiotarsienne (à propos d'une luxation du coude). (Paris méd. Jg. 15, Nr. 9, S. 202 bis 208.) 32, 475.

Marchand, Ce qu'il faut savoir du traitement de la luxation congénitale de la hanche. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 18, S. 644—651.) 32, 122.

Merrill, William Jackson, Congenital luxation of the hip joint. Importance of early treatment. (Atlantic med. journ. Bd. 28, Nr. 10, S. 666—670.) 33, 399.

Meyer, H., Über die Ursachen der Gelenkneubildung bei sogenannter angeborener Hüftluxation. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 192—195 u. 214—220.) 31, 894.

Mommsen, Erfahrungen über die Dosierung der tiefen Oberschenkelosteotomie nach Schanz bei der veralteten angeborenen Hüftluxation. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 188—192 u. 214—220.) 31, 894.

Natzler, Die Praxis der Behandlung nicht einrenkbarer, angeborener Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 195—202 u. 214—220.) 31, 895.

Pitzen, Beiträge zur Pathologie und Therapie veralteter angeborener Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 202—207 u. 214—220.) 31, 894.

Plagemann, Hermann, Neue Wege zur Reposition veralteter kongenitaler Hüftgelenkverrenkungen. (Chir.-orthop. Privatheilanst. Dr. Plagemann, Stettin.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 128—135.) 32, 683.

Reich, Rudolph S., The bifurcation operation for the treatment of irreducible dislocations of the hip joint. (Orthop. serv., Mt. Sinai hosp., Cleveland.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 598—618.) 32, 684.

Saxl, Die Hüftcontractur bei nichtreponierten (kongenitalen) Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 147—155 u. 214—220.) 31, 894.

Scaduto, G., Mancanza congenita della testa e del collo del femore. (Arch. di radiol. Jg. 1, H. 1, S. 11—14.) 31, 940.

Schepelmann, Emil, Über die Behandlung veralteter kongenitaler Hüftluxationen. (Evang. Krankenh., Hamborn a. Rh.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 4, S. 464—466.) 31, 782.

Velo, Carlo Antonio, Di un non comune accidente nella riduzione incruenta della lussazione congenita dell'anca. Considerazioni clinico-statistiche su 151 reduzioni di lussazione congenita dell'anca. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Padova.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 1—17.) 34, 388.

Watermann, Franz, Über die Kombination der angeborenen Hüftverrenkung mit kongenitalem Fibuladefekt. (Orthop. Prof.-Heilanst. Süchteln [Rheinland].) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 581—583.) 33, 142.

Wreden, R. R., Über Bildung einer festen Nearthrose ohne Gelenkeröffnung bei angeborenen irreponiblen Hüftgelenksluxationen. (Orthop. Inst., Prof. Wreden, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 3—5.) (Russisch.) 35, 458.

Wullstein, Indikationen operativer Behandlung veralteter Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 163—172 u. 214—220.) 32, 59.

Osteochondritis deformans coxae juvenilis. Perthessche Krankheit.

Bellando-Randone, T., et J. M. Reviglio, Ostéochondrite de la hanche et coxa vara. (Clin. chir. infant. et orthop., fac., Paris.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 4, S. 337—344.) 33, 76.

Bonn, Rudolf, Entgegnung auf vorstehende Bemerkungen Heines. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 196—199.) 31, 635.
Büttner, Georg, Über die Perthessche Krankheit. (Städt. Krankenh., Danzig.) (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 19, S. 685—688.) 32, 476.
Büttner, Georg, Zur Ätiologie und Pathogenese der Perthesschen Krankheit. (Zugleich ein Fall von Patella tripartita.) (Städt. Krankenh., Danzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 4, S. 703—715.) 33, 189.
Camurati, Mario, La coxa-plana nella sua forma definitiva. (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 3, S. 213—228.) 32, 59.
Delchef, M., Ostéochondrite de la hanche. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 6, S. 702.) 34, 742.
Delitala, F., Considerazioni sulla etiologia della coxa plana. (Div. ortop. e di chir. infant., osp. civ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 3, S. 309 bis 319.) 32, 251.
Delitala, F., Osteocondrite dell'anca o coxite tubercolare? (Div. ortop. e di chir. infant., osp. civ., univ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 10, H. 1/2, S. 204 bis 208.) 34, 868.
Friedrich, H., Über scheinbare Knochenzerstörung beim „Perthes" und verwandten Krankheitsbildern. (16. Kongr. d. dtsch. Röntgen-Ges., Nauheim, Sitzg. v. 25. bis 27. IV. 1925.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, Kongreßh., S. 51—52.)*
Frosch, L., Über Osteochondritis deformans coxae juvenilis. (Fortschr. d. Med. Jg. 43, Nr. 2, S. 17—18.) *
Giuntini, Leopoldo, Esiti a distanza in un caso di epifisite distruttiva multipla. (Clin. ortop., univ., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. 14, H. 5, S. 279—282.) 35, 189.
Heiner, Osteochondritis coxae juvenilis und Coxitis tuberculosa. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 266—270.) 32, 58.
Kehl, Beitrag zur Perthesschen Krankheit. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 719.
MacAuley, H. F., Perthes' disease. (Irish journ. of med. science Ser. 5, Nr. 47, S. 560 bis 570.) 34, 44.
Meyer, M., et D. Sichel, L'ostéochondrite déformante infantile de l'épiphyse supérieure du fémur. (Cas suivi pendant trois ans.) (Clin. chir. B et serv. centr. de radiol., hôp., Strasbourg.) (Journ. de radiol. et d'électrol. Bd. 9, Nr. 4, S. 171 bis 176.) 32, 218.
Parisel, Deux cas particuliers d'ostéochondrite de la hanche. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 6, S. 500—504.) 33, 763.
Pitzen, P., Über einen Frühfall von Osteochondritis deformans coxae juvenilis. (Orthop. Klin., Univ. München.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 533 bis 540.) 32, 856.
Rípa, Richard, und Vladimír Musil, Malum coxae juvenile (Legg-Calvé-Perthes). (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 17, S. 644—649 u. Nr. 18, S. 701—708.) (Tschechisch.) 33, 399.
Scaduto, G., Mancanza congenita della testa e del collo del femore. (Arch. di radiol. Jg. 1, H. 1, S. 11—14.) 31, 940.
Soisalo, Pauli, Deformans juvenilis coxa. (Duodecim Jg. 41, Nr. 5, S. 321—330.) *
Soler Terol, M., und L. Ribó Rius, Malum coxae juvenillis. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 3, Nr. 14, S. 134—137.) (Spanisch.) *
Szerszyński, Br., Ein Fall von Legg-Calvé-Perthesscher Erkrankung. (Osteochondritis deformans coxae infantilis.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 69—73.) (Polnisch.) *
Valls, José, und Juan Verbrugge, Coxa plana und Arthritis deformans coxae. (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 14, S. 497—502.) (Spanisch.) 33, 923.
Vexner, B., Über eigenartige Erkrankungen der Knochenepiphysen in der Wachstumsperiode (Osteochondropathia juvenilis). (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinskij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 176—186.) (Russisch.) 37, 844.
Walter, Hermann, Zur Histologie und Pathogenese der Perthesschen Krankheit und der aseptischen Knorpelknochennekrosen überhaupt. (Chir. Univ.-Klin., Luitpoldkrankenh., Würzburg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 5, S. 672 bis 696.) 33, 76.
Widerøe, Sofus, Malum coxae Calvé-Legg-Perthes. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 8, S. 811—817.) (Norwegisch.) 33, 319.

Allgemeine Pathologie und Chirurgie des Oberschenkels.

Abražanow, A. A., Eine neue operative Verlängerungsmethode für die untere Extremität. (Chir. Fak.-Klin., Mediz. Hochsch. Jekaterinoslaw, Prof. Abrazanov.) (Nowyj chirurgičeskij archiv Bd. 6, H. 4, S. Nr. 24, 516—520.) (Russisch.) 33, 399.

Albee, Fred H., Transplantation of the biceps femoris into the patella, and bilateral tenotomy of the tendo Achillis. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 452 bis 456.) 32, 430.

Bogoras, N. A., Der diaphysäre Femurstumpf vom Standpunkt seiner Funktion. (Festschr. f. N. Trinkler z. 40jähr. Amtsjubiläum [Sbornik Trinklera]. Staatsverlag der Ukraine S. 209—245.) (Russisch.) 35, 63.

Borchers, E., Eine einfache Schiene für die Aufrechterhaltung der Streckstellung bei spastisch kontrahierten Oberschenkeln. (Chir. Univ.-Klin., Tübingen.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 1, S. 18.) 31, 5.

Cadenat, F. M., L'ostéotomie cunéiforme dans les déformations du membre inférieur. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 7, S. 559—574.) 33, 925.

Ceccarelli, G., Osteite circoscritta del femore da paratifo B. (Clin. chir., univ., Perugia.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 4, S. 395—412.) 32, 638.

Elterich, Theodore, and C. C. Yount, Congenital elephantiasis. (Americ. journ. of dis. of childr. Bd. 29, Nr. 1, S. 59—66.) 32, 221.

Ferruccio, Bindi, Flebite suppurata femorale meta-pneumonica. (Osp. di S. Maria d. Misericordia, Peppl.) (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 9, S. 195—196.)

Giongo, Franco, Un caso di anomalia pelvi-femorale congenita. (Istit. di radiol., univ., Milano.) (Radiol. med. Bd. 12, H. 8, S. 525—535.) 32, 908.

Heine, I., Einige Bemerkungen zu der Arbeit von R. Bonn über „Ossale Arthritis deformans nach traumatischer Hüftgelenksluxation". Erschienen im Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 129, H. 4. (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 134, H. 1, S. 191—195.) 31, 413.

Ključarjev, S., Behandlung der infektiösen Prozesse in der distalen Hälfte der Extremitäten. (Dostojewskij-Krankenh., Moskau.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 7, S. 55—62.) (Russisch.) 35, 267.

Lange, Fritz, Die Muskelhärten der Beinmuskeln. (Orthop. Klin. u. Kraussianum. München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 39, S. 1626—1629.) 33, 446.

Lavermicocca, Angelo, Contributo alla cura funzionale delle deficienze dei muscoli anteriori della gamba. (Istit. rachitici e clin. ortop., univ., Milano.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 169—216.) 33, 623.

Lyon, Ernst, Elefantiasis auf erblicher Anlage. (Zeitschr. f. Kinderheilk. Bd. 39. H. 1, S. 36—43.) 32, 222.

Maleysson et Py, Le traitement économique dans les gangrènes par artérite du membre inférieur. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 13, S. 291—292.) 31, 896.

Meyerding, Henry W., Surgical treatment of chronic lesions of the bone. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 709—720.) 32, 638.

Pichler, Karl, Doppelseitiger Riß des Schneidermuskels bei einem Wettläufer. (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 11, S. 307—308.) 31, 848.

Riedel, Gustav, Epiphysenlösung am unteren Femurende. (Univ.-Klin. f. orthop. Chir., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 978—979.) 32, 123.

Schepelmann, Emil, Über Muskelverpflanzungen zur Behebung der Quadricepslähmung. (Evang. Krankenh. [Eduard-Morian-Stift], Hamborn a. Rh.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 414—416.) 32, 639.

Steden, E., Traumatische Cyste des Schenkelkopfes, ein Beitrag zur Frage der Bedeutung des Lig. teres für die Ernährung des Schenkelkopfes. (St. Marienkrankenh., Frankfurt a. M.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 13, S. 517—518.) 32, 59.

Virgillo, Francesco, Epifisite cronica cistica sierosa del femore. (Clin. chir., univ., Padova.) (Arch. ital. di chir. Bd. 11, H. 5, S. 538—546.) 33, 77.

Oberschenkelfrakturen.

Anschütz, W., Die Behandlung der mittleren Frakturen des Femurhalses. (Rev. méd. de Hamburgo Jg. 6, Nr. 12, S. 420—423.) (Spanisch.) 34, 45.

Bell, George, Some fractures of the lower extremity. (Prince of Wales hosp., Randwick.) (Med. journ. of Australia Bd. 1, Nr. 22, S. 555—560.) 32, 635.

Bloch, Oscar, Eine Methode zur Frakturbehandlung der Femurdiaphyse, besonders bei Erwachsenen. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 12, S. 291—292.) (Dänisch.)

Boaventura, Raul, Ein Fall von Brüchen beider Oberkiefer, des Unterkiefers, des rechten Oberschenkels und der rechten Kniescheibe. (Brazil-méd. Bd. 1, Nr. 8, S. 99—100.) (Portugiesisch.)

Cannaday, John E., Treatment of fractures of the femur. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. 38, Nr. 1, S. 6—8.) 32, 123.
Carothers, R. G., The treatment of fractures of the neck of the femur. (Cincinnati med. journ. 6, S. 19.) 33, 686.
Cole, Warren H., Compensatory lengthening of the femur in children after fracture. (Dep. of surg., Washington univ. school of med. a. St. Louis childr. hosp., St. Louis.) (Ann. of surg. Bd. 82, Nr. 4, S. 609—616.) 33, 765.
Conwell, H. Earle, Fractures of the femur. Treatment and results attained by traction and suspension. A report of one hundred and ten cases. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 1, S. 112—118.) 31, 125.
Delchef, A propos de l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (Scalpel Jg. 78, Nr. 44, S. 1118—1123.) 33, 838.
Eden, Rudolf, Über die Behandlung schwerer Oberschenkelfrakturen mit Gips- und Zugverband. (Chir. Univ.-Klin., Freiburg.) (Fortschr. d. Therapie Jg. 1, H. 14, S. 458—460.) 33, 189.
Fenner, E. D., A preliminary report on a simple and efficient method of treatment of fractures of the femur. (New Orleans med. a. surg. journ. Bd. 77, Nr. 12, S. 520 bis 532.) 32, 686.
Guyot et Rouvillois, Appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (XXXIV. congr. franç. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 84, S. 1400—1402 u. Nr. 85, S. 1404—1416.) 34, 549.
Johnston, Lloyd B., The treatment of fractures of the shaft of the femur in children. A report of thirty-two cases. (Dep. of surg., univ. of Cincinnati coll. of med. a. surg. serv., gen., hosp., Cincinnati.) (Arch. of surg. Bd. 10, Nr. 2, S. 730—741.) 32, 123.
Lange, Max, Entstehung und Behandlung einer Pseudarthrose in einer alten Femurfraktur. (Orthop. Klin., Univ. München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 21, S. 854—856.) 32, 429.
Lehrnbecher, A., Die Dauerzugbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche bei Lagerung auf Braunscher Schiene. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 135, H. 1, S. 18—57.) 34, 278.
Lewin, Philip, Osteitis deformans (Paget's disease). Pathologic fracture with perfect consolidation. (Cook County hosp. a. St. Luke's hosp., Chicago.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 279—285.) 32, 58.
Martin, Fl., Le traitement des fractures des os longs du membre inférieur. (Scalpel Jg. 78, Nr. 42, S. 1069—1076.) 34, 55.
Masini, Paul, Les indications et les contre-indications de l'ostéosynthèse dans les fractures diaphysaires du fémur. (Sud méd. et chir. Jg. 57, Nr. 2053, S. 3691 bis 3699.) 34, 279.
Mayet, H., Traitement des fractures de cuisse chez l'enfant. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 20, S. 321—324; Clinique Jg. 20, Nr. 52, S. 353.) 32, 429. 33, 841.
Moffat, Barclay W., Fracture of the midthigh. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 6, S. 427.) *
Moskalenko, A. N., Zur Frage über die Behandlung der nichtkomplizierten Oberschenkelfrakturen. (Gouvernementskrankenh. Poltawa.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 2, S. 189—193. Nr. 30.) (Russisch.) 34, 868.
Neck, M. van, Un cas bizarre de fracture obstétricale du femur. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 6, S. 515—516.) 33, 764.
Orr, H. Winnett, and J. E. M. Thomson, End results to illustrate the value of fixed traction in the treatment of fractures of the lower extremity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 696—708.) 32, 686.
Riedel, Gustav, Epiphysenlösung am unteren Femurende. (Univ.-Klin. f. orthop. Chir., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 18, S. 978—979.) 32, 123.
Sutcliffe, Lionel, A method of treatment of fracture of a single condyle of the femur with displacement backwards of the distal fragment to the popliteal space. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 47, S. 450—455.) 31, 206.
Tilton, Benjamin T., Treatment of fractures of the long bones of the lower extremity. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 11, S. 663—665.) 34, 196.
Timofejev, S. A., Einige Beobachtungen an Schußfrakturen des Oberschenkels. (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 1, Nr. 25, S. 114—130.) (Russisch.) 36, 488.
Weir, S. T., and J. H. Nicholson, A method for reduction of a separated lower epiphysis of the femur. (Fracture clin., Chester hosp., Chester, Pa.) (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 2, S. 112—113.) 31, 332.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. Lecture I. (Lancet Bd. 209, Nr. 7, S. 313—317.) 33, 141.

Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. II. (Lancet Bd. 209, Nr. 8, S. 363—369.) **33**, 141.

Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. IV. (Lancet Bd. 209, Nr. 11, S. 534—538.) **33**, 286.

Whitman, Royal, Treatment of fracture of the femur. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 4, S. 193.) **33**, 143.

Schenkelhalsfrakturen.

Åkerman, J., Schenkelhalsbruch und Unfallersatz. (4. Internat. Kongr. f. Unfallmed. u. Berufskrankh., Amsterdam, Sitzg. v. 7. IX. 1925.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 12, Beilage-H., S. 108—109.) **33**, 446.

Anschütz und Portwich, Über die Behandlung der medialen Schenkelhalsfrakturen. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 887—891.) **31**, 940.

Anschütz, W., Über die Behandlung der medialen Schenkelhalsfrakturen. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 36, S. 1473—1475.) **32**, 909.

Bonn, Rudolf, Zur Frage der knöchernen Heilungsfähigkeit subkapitaler Schenkelhalsfrakturen. II. Die subkapitaleFemurfraktur des Menschen. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2/3, S. 270—302.) **31**, 635.

Brackett, E. G., Fractured neck of femur. Operation of transplantation of femoral head to trochanter. Report of case showing result eight years after operation. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 23, S. 1118—1120.) **32**, 858.

Bradford, E. H., Splint treatment of fracture of the neck of femur and hip disease. (Med. journ. a. record Bd. **121**, Nr. 5, S. 263—264.) **32**, 60.

Carothers, Ralph G., The treatment of fractures of the neck of the femur. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 5, S. 176—179.) **32**, 428.

Cooperman, Morris B., The Whitman reconstruction operation on the hip joint for ununited intracapsular fracture. With report of a case. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 4, S. 194—195.) **33**, 143.

Dzialoszynski, Fernresultate operierter subkapitaler Schenkelhalsfrakturen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) **31**, 719.

Eaves, James, and Paul Campiche, Demonstration of apparatus for the reduction and treatment of fracture of the femur. (Surg., gynecol., a. obstetr. Bd. **40**, Nr. 2, S. 279—280.) **31**, 433.

Fromme, A., Über Schenkelhalsfrakturen. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 4, S. 119—122.) **31**, 331.

Guyot et Rouvillois, Appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur. (XXXIV. congr. franç. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 84, S. 1400—1402 u. Nr. 85, S. 1404—1416.) **34**, 549.

Hesse, Fritz, Zur pathologischen Anatomie der Schenkelhalsfraktur. (Stadtkrankenh. Dresden-Friedrichstadt.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 141—165.) **32**, 123.

Hook, G., Über Erfahrungen mit Ossophyt nebst einem Beitrag zur Frage der subkapitalen Schenkelhalsfraktur. (Kathol. Krankenh., Erfurt.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 3, S. 611—626.) **32**, 858.

Hotz, Schraubung der subkapitalen Schenkelhalsfraktur. (11. Jahresvers. d. schweiz. Ges. f. Chir., Basel, Sitzg. v. 21. u. 22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 22, S. 490—491.) **32**, 429.

Kaplan, A., Zur Kasuistik des postoperativen Tetanus und dessen ungewöhnliche Komplikationen (Schenkelhalsfraktur) und zur Frage über die Behandlung. (Novaja chirurgija Jg. 1, H. 3, S. 378—386.) (Russisch.) **36**, 771.

König, Fritz, Über das blutige Vorgehen bei subkapitaler Schenkelhalsfraktur. (Luitpoldkrankenh., Würzburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 16, S. 883—886.) **31**, 939.

Kreuz, Lothar, Hüftgelenkskapsel und Schenkelhalsbruch. Eine anatomisch-röntgenologische Studie zur Lagebestimmung und konservativen Behandlung der Schenkelhalsfraktur. (Anat. Anst. u. orthop. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **137**, H. 2, S. 401—437.) **33**, 921.

Lagos García, Carlos, Über Ablösungen des Schenkelhalses bei heranwachsenden Mädchen. (Semana méd. Jg. **32**, Nr. 34, S. 413—423.) (Spanisch.) **34**, 196.

Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. V. Die Diaphysenbrüche des Unterschenkels. Die Schenkelhalsbrüche. Beckenbrüche. Wirbelbrüche. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. **31**, S. 1299 bis 1301.) **32**, 905.

Meehan, A. V., Ununited fracture of neck of femur. Treated by autogenous bone graft. (Med. journ. of Australia Bd. **1**, Nr. 13, S. 315—316.) *
Orr, H. Winnett, and J. E. M. Thomson, End results to illustrate the value of fixed traction in the treatment of fractures of the lower extremity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. **3**, S. 696—708.) **82**, 686.
Portwich, Ergebnisse der unblutigen Behandlung medialer Schenkelhalsfrakturen. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **193**, H. 3/6, S. 145 bis 185.) **83**, 841.
Rădulescu, Al. D., und I. Georgescu, Die Behandlung der Schenkelhalspseudarthrosen mit körpereigenem Fibulatransplantat durch Trochanter und Hals. (Spit. de ortop. și chir. infant. „Regina Maria", Cluj.) (Clujul med. Jg. **6**, Nr. 9/10, S. 365—368.) (Rumänisch.) **84**, 196.
Richard, Max, Die Pseudarthrosenbildung am Schenkelhals und ihre Behandlung. (Chir. Univ.-Klin., Basel.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **190**, H. 3/6, S. 344 bis 359.) **82**, 428.
Roger, H., J. Reboul-Lachaux et J. Rathelot, Algies cruco-sciatiques symptomatiques de fracture méconnue du col fémoral. (Clin. neurol., univ. Marseille.) (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. **6**, S. 85—87.) *
Schanz, A., Über die nach Schenkelhalsbrüchen zurückbleibenden Gehstörungen. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 18, S. 730—732.) **82**, 428.
Shands, A. R., Fracture of the neck of the femur and the treatment. (Internat. journ. of med. a. surg. Bd. **38**, Nr. 10, S. 371—373.) **83**, 841.
Smith, Ethan H., Treatment of fracture of the neck of the femur. (California a. Western med. Bd. **23**, Nr. 3, S. 321—322.) **82**, 558.
Sneed, William L., and Russel H. Patterson, Report of two hip operations. (Southern med. journ. Bd. **18**, Nr. 11, S. 803—808.) **83**, 764.
Tilton, Benjamin T., Treatment of fractures of the long bones of the lower extremity. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 11, S. 663—665.) **84**, 196.
White, William Crawford, Treatment of fractures of the neck of the femur. (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. 22, S. 966—968.) **83**, 494.
Whitman, Royal, The abduction treatment of fracture of the neck of the femur. An account of the evolution of a method adequate to apply surgical principles and therefore the exponent of radical reform of conventional teaching and pratice. (Ann. of surg. Bd. **81**, Nr. 1, S. 374—391.) **81**, 331.

Traumatische und andere Oberschenkelluxationen.

Caklin, V., Palliative Eingriffe bei angeborenen und pathologischen Hüftluxationen. (Verhandl. d. 1. Chirurgenkongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov Bd. **2**, S. 91—93.) (Russisch.) **87**, 780.
Camera, Ugo, Indicazioni ed esiti della dislocazione del grande trocantere. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 1, S. 89—98.) **83**, 77.
Deutschländer, Erfahrungen über die Radikaloperationen nichtreponibler Hüftverrenkungen. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih. S. 172—180.) *
Dollinger, Julius, Die operative Einrenkung der veralteten traumatischen Verrenkungen der Schulter, des Ellbogens und der Hüfte auf Grund von 207 selbstoperierten Fällen. 2. Folge. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. **18**, S. 1 bis 62.) **83**, 284.
Epstein, G., Die Königsche Operation bei veralteten kongenitalen, pathologischen und paralytischen Hüftluxationen. (Traumatol. u. orthop. Klin., staatl. traumatol. Inst., Leningrad, Dir. Prof. Polenov, Vorst. d. orthop. Abt. Prof. Wreden.) (Žurnal dlja ussoweršenstwowanija vračei Jg. **3**, Nr. 5, S. 281—287.) (Russisch.) **83**, 840.
Galkin, W. S., Über die Digitaluntersuchung durch den Mastdarm bei der Luxatio obturatoria. (Chir. Fak.-Klin., Prof. Mysch, Univ. Tomsk, Sibirien.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **7**, Nr. **4**, M. 28, S. 596—611.) (Russisch.) **84**, 867.
Heine, I., Einige Bemerkungen zu der Arbeit von R. Bonn über „Ossale Arthritis deformans nach traumatischer Hüftgelenksluxation". Erschienen im Archiv für klinische Chirurgie Bd. 129, H. 4. (Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 1, S. 191—195.) **81**, 413.
Jachia, Alfredo, Su un caso di lussazione patologica centrale bilaterale del femore. (Osp. S. Giovanni e d. città, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 6, S. 605 bis 612.) **83**, 922.
Lidskij, A. T., Zur blutigen Einrenkung veralteter Luxationen des Oberschenkels. (Festschr. f. N. Trinkler, Staatsverlag d. Ukraine, S. 216—218.) (Russisch.) **83**, 143.

Lussana, Stefano, Contributo al trattamento della lussazione dell'anca, consecutiva ad antica resezione per coxite. (Osp. civ., Venezia.) (Gazz. d. osp. e. d. clin. Jg. 46, Nr. 1, S. 4—6.) *

Malice, Alessandro, Contributo allo studio ed al trattamento delle lussazioni traumatiche dell'anca. (Gabinetto di traumatol. e di med. operat., scuola di sanita milit., Roma.) (Giorn. di med. milit. Jg. 73, H. 4, S. 201—211.) *

Niederecker, K., Luxatio centralis femoris traumatica et pathologica. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) 34, 43.

Palmen, A. J., Luxatio tractus cristofemoralis. (Duodecim Jg. 41, Nr. 2, S. 90—95.) (Finnisch.) 32, 313.

Rubašev, S., Über die pathologischen Hüftgelenkluxationen nach Infektionskrankheiten. (Minsk.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 7, H. 3, Nr. 27, S. 376—382.) (Russisch.) *

Valls, José, Die paralytische Luxation des Hüftgelenkes. (Clin. ortop., univ., e inst. ortop. Rizzoli, Bologna.) (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 21, S. 767—778.) (Spanisch.) 34, 867.

Wiedhopf, Oskar, Die Leitungsanästhesie zur Reposition der traumatischen Hüftgelenksluxation. (Chir. Univ.-Klin., Marburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 9, S. 454—456.) 31, 352.

Wolkov, K., Über Einrenkung der Hüft- und Schulterluxationen. (Žadrin, Čuwaš-Gebiet.) (Vračebnoe delo Nr. 7, S. 537—540.) (Russisch.) 33, 840.

Oberschenkelgeschwülste.

Aloi, V., Su di un caso di mieloma del femore. (Osp. civ. d. Catanzaro.) (Rinascenza med. Jg. 2, Nr. 10, S. 223—225.) 32, 220.

Galant, Johann Susmann, Pseudolipome des Oberschenkels. Beitrag zur Morphologie der unteren Extremitäten. (Univ.-Frauenklin., Jaroslaw u. Lepjschin, Gebäranstalt, Moskau.) (Anat. Anz. Bd. 59, Nr. 9, S. 200—201.) *

Hauvuy, L.-E., Etude clinique et radiologique de quatre ostéomes traumatiques du fémur droit. (Arch. de méd. et de pharm. milit. Bd. 82, Nr. 6, S. 826—831.) *

LeConte, Robert G., Walter Estell Lee and William P. Belk, Enchondroma of the femur with repeated recurrences and ultimate death. Report of case. (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 1, S. 93—99.) 32, 735.

Lewin, Philip, Osteitis deformans (Paget's disease). Pathologic fracture with perfect consolidation. (Cook County hosp. a. St. Luke's hosp., Chicago.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 279—285.) 32, 58.

Meyerding, Henry W., Surgical treatment of chronic lesions of the bone. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 3, S. 709—720.) 32, 638.

Pinardi, Giuseppe, Emangioma primitivo del muscolo semitendinose. (Osp. magg.. S. Giovanni Battista e della città, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 12, S. 394 bis 405.) 34, 389.

Sonntag, Schenkelhalsosteofibrom. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 34, S. 1880-1882.) 34. 389.

Kniegelenk.

Allgemeines.

Fisher, A. G. Timbrell, The knee-joint. Their pathology and treatment by modern methods. (London: H. K. Lewis a. Co. 1925.) *

Goddu, Louis A. O., A case with considerable destruction of knee joint, with postoperative result. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 16, S. 742—745.) 32, 559.

Harvier, P., et M. Bariéty, Ostéo-arthrite syphilitique du genu évoluant sous forme d'hydartrose chronique depuis dix-sept ans. Formale polynucléaire de l'épanchement. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 9, S. 199—202.) *

Herfarth, Heinrich, Über den Epiphysenumbau bei Kniecontractur. (Chir. Univ.-Klin., Breslau.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr. Bd. 33, H. 1, S. 54—59.) 31. 941.

Jones, A. Trevor, A case of bilateral prepatellar bursae. (Lancet Bd. 209, Nr. 3, S. 132.) 34. 279.

Kallistov, I., Das lymphatische System der großen Gelenke der unteren Extremität. (Chir. Fak.-Klin., I. Univ. Moskau.) (Russkaja klinika Jg. 2, Bd. 3, Nr. 13, S. 677 bis 686.) (Russisch.) 34, 197.

Key, J. Albert, The reformation of synovial membrane in the knees of rabbits after synovectomy. (Shriners hosp. f. crippled children a. dep. of surg., Washington univ., St. Louis.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 793—813.) 35, 667.

Kleinberg, Samuel, Artificial pneumarthrosis as an aid in diagnosis. (Med. journ. a. record Bd. 120, Nr. 6, S. 341—343.) 32, 314.

Krida, Arthur, A general utility incision for exploration of the knee joint. (W. S. Marine hosp., New York a. North Hudson hosp., Weehawken.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 1, S. 212—214.) 31, 333.

Lubosch, W., Der Gefäßnervenkanal in der Kniekehle. (Anat. Anz. Bd. 60, Nr. 13, S. 309—313.) 33, 928.

McChesney, George J., Lengthening the quadriceps tendon for stiff knee. (California a. Western med. Bd. 25, Nr. 6, S. 732—734.) 32, 558.

Mayet, H., Thérapeutique des épanchements traumatiques du genou. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 8, S. 113—115.) 32, 314.

Ogilvy, Le lesioni traumatiche del ginocchio. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 5, S. 103—105.) *

Peltesohn, Siegfried, Orthopädische Knieleiden. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 30, S. 1131 bis 1133.) *

Prat, Domingo, Fälle von Kniegelenksverletzungen. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 4, S. 348—356.) (Spanisch.) *

Schneider, Justus, Über die Viscosität menschlicher Synovia. Vorl. Mitt. (Pathol. Inst., Univ. Würzburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 26, S. 1071 bis 1072.) 32, 859.

Patella bipartita, Genu varum und valgum.

Adams, John D., and Ralph D. Leonard, A developmental anomaly of the patella frequently diagnosed as fracture. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 601 bis 604.) 33, 842.

Annovazzi, G., Ricerche sperimentali sulla epifiseolisi per ginocchio valgo. (Istit. di anat., e clin. ortop. e traumatol., univ., Milano.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 323—357.) 34, 807.

Bazert, L., Le „genu recurvatum" congénital, pathogénie et traitement. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 2, S. 155—158.) 31, 636.

Büttner, Georg, Zur Ätiologie und Pathogenese der Perthesschen Krankheit. (Zugleich ein Fall von Patella tripartita.) (Städt. Krankenh., Danzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 136, H. 4, S. 703—715.) 33, 189.

Businco, Ottavio, Rotula partita. (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 12, S. 812—820.) 34, 279.

George, A. W., and R. D. Leonard, A congenital anomaly of the patella. A case report. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 13, Nr. 3, S. 271 bis 272.) 32, 252.

Guadaguini, Angel, Genu valgum. (Rev. méd. latino-americ. Jg. 11, Nr. 123, S. 661 bis 669.) (Spanisch.) *

Hellmer, Hans, Patella partita. (Röntgeninst., Seraphimerlaz., Stockholm.) (Acta radiol. Bd. 4, H. 2, S. 137—145.) 32, 639.

Jahn, A., Ein eigenartiger Fall von Genu varum. (Orthop. Klin., Dr. A. Schanz, Dresden.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 4, S. 578—580.) 33, 78.

Jentzer, A., Genu valgum et genu varum. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. 45, Nr. 8, S. 512—520.) *

L'Heureux, Patella bipartita. (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris Jg. 25, Nr. 1/5, S. 40—41.) *

Morton, Charles A., The pathology and treatment of genu valgum. (Gen. hosp. a. childr. hosp., Bristol.) (Brit. med. journ. Nr. 3347, S. 346—350.) 31, 572.

Oliveras Devesa und J. Bonrepaux, Doppelseitiges angeborenes Genu recurvatum. (Rev. méd. de Barcelona Bd. 1, Nr. 1, S. 28—32.) (Spanisch.) *

Petty, M. J., Two cases of abnormal patellae. (Brit. journ. of surg. Bd. 12, Nr. 48, S. 799 bis 800.) 32, 221.

Reschke, Zur Behandlung des X-Beines. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitg. v. 15.—18. IV.) 31, 719.

Reschke, Karl, Zur Behandlung des Genu valgum durch Einschlagen von Elfenbeinstiften. (Chir. Univ.-Klin., Greifswald.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 2, S. 459—462.) 34, 45.

Außen- und Innenverletzungen des Kniegelenkes außer Frakturen und Luxationen.

Atkins, R. Gaston, A physiological method of treatment for the common injuries met with in the region of the kneejoint. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 45, Nr. 6, S. 423—428.) *

Bressot, E., Traitement des lésions méniscales. (Presse méd. Jg. 33, Nr. 69, S. 1158 bis 1159.) 33, 78.

Brickner, Walter M., The treatment by aspiration and mobilization of traumatic joint effusions. („traumatic synovitis".) (Hosp. f. joint dis. a. Broad Str. hosp., New York). (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 2, S. 23—26.) *

Bristow, W. Rowley, Internal derangement of the knee-joint. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 413—450.) 32, 314.

Cadenat, F.-M., L'entorse du genou. (Hôpital Jg. 13, Nr. 153, S. 595—597.) *

Clemen, Elisabeth, Schnappendes Knie auf Grund einer Meniscuszerreißung. (Orthop. Heilanst. San.-Rat Dr. Gaugele, Zwickau, Sa.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 189, H. 4/6, S. 417—419.) 31, 573.

Fisher, A. G. Timbrell, Principles of treatment by manipulation of some chronic disorders of the knee-joint following injury. (Lancet Bd. 209, Nr. 11, S. 529—534.) *

Gerstenberg, Eric G., A case of myositis ossificans traumatica occurring in the region of the patella. (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 1, S. 33—36.) 31, 332.

Grobelski, Michal, Über die Beschädigungen der Menisken. (Univ. klin. ortop., Poznań.) (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 1, S. 43—56.) (Polnisch.) *

Kreuscher, Philip H., Semilunar cartilage disease. A plea for the early recognition by means of the arthroscope and the early treatment of this condition. (Illinois med. journ. Bd. 47, Nr. 4, S. 290—292.) 32, 220.

Mandl, Felix, Zur Operation des „schnellenden Knies". (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 1/2, S. 121—127.) 32, 430.

Milch, Henry, The treatment of acute traumatic synovitis. (Hosp. f. joint dis., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 2, S. 27—31.) *

Muchina, M. V., Über die chirurgische Behandlung des Kniegelenkhydrops nach der Methode von Alexinskij. (Chir. Fak.-Klin., Prof. Sitkovskij, Mittelasiat. Univ. Taschkent.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 17 bis 22.) (Russisch.) 35, 459.

Ogilvy, Le lesioni traumatiche del ginocchio. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. 46, Nr. 5, S. 103 bis 105.) *

Piccaluga, N., Il distacco delle cartilagini semilunari da trauma diretto. (Istit. di patol. chir., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. Pavia Jg. 37, H. 4, S. 359 bis 391.) 32, 639.

Prat, Domingo, Fälle von Kniegelenkverletzungen. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. 10, Nr. 4, S. 348—356.) (Spanisch.) *

Tjumenew, S. I., Zur Diagnose der traumatischen Verletzungen des Kniegelenks. (Chir. Hosp. Klin., Prof. Ssinakewič, Irkutsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. 29, Nr. 10, S. 248.) (Russisch.) *

Valls, José, und Juan Verbrugge, Die unvollständige Zerreißung der Ligamenta cruciata. (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 10, S. 341—350.) (Spanisch.) 33, 842.

Verbrugge, Jean, et José Valls, La rupture incomplète des ligaments croisés. Son importance dans la pathologie du genou. (Clin., inst. Rizzoli, Bologne.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 6, S. 477—490.) 33, 842.

Luxationen und Frakturen der Kniescheibe und des Kniegelenkes.

Adams, John D., and Ralph D. Leonard, A developmental anomaly of the patella frequently diagnosed as fracture. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 41, Nr. 5, S. 601 bis 604.) 33, 842.

Alferov, M. W., Zur Therapie der queren Patellarfrakturen. (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 12/14, S. 968—971.) (Russisch.) 35, 858.

Atkins, R. Gaston, A physiological method of treatment for the common injuries met with in the region of the kneejoint. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 45, Nr. 6, S. 423—428.) *

Boaventura, Raul, Ein Fall von Brüchen beider Oberkiefer, des Unterkiefers, des rechten Oberschenkels und der rechten Kniescheibe. (Brazil-méd. Bd. 1, Nr. 8, S. 99—100.) (Portugiesisch.) *

Camera, Ugo, Contributo al trattamento della lussazione della rotula. (Osp. infant. Regina Margherita, Tornio.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 291—298.) 34, 45.

Conn, Harold R., A new method of operative reduction for congenital luxation of the patella. (Journ. of bone a joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 370—383.) 32, 478.

Delbet, Les fractures de la rotule. (Progr. méd. Jg. 53, Nr. 17, S. 607—609.) 32, 221.

Dencks, Gustav, Zur Behandlung der kongenitalen Kniescheibenluxation. (Krankenh., Berlin-Neukölln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 19, S. 1010—1014.) 32, 252.

Estor, E., La luxation congénitale de la rotule. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 1, S. 5 bis 13.) **31**, 572.
Ettorre, Enrico, Sulla cura della lussazione di rotula. (Istit. di patol. chir., univ., Milano.) (Atti d. soc. lombarda di scienze med. e biol. Bd. **14**, H. 1, S. 70—79.) **32**, 430.
Ferrarini, Guido, Contributo alla conoscenza delle ossificazioni traumatiche e delle fratture per distacco del condilo interno del ginocchio. (Istit. di patol. spec. chir. dimostr., univ., Pisa.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 6, S. 562—568.) **34**, 615.
Goddu, Louis A. O., Unusual displacement of patella tendon and tibial tubercle corrected by operative reposition. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 17, S. 795 bis 799.) **34**, 119.
Hustinx, Ed., Eine neue Methode der Behandlung von Kniescheibenbrüchen. (St. Joseph-Hosp., Heerlen.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 13—20.) (Holländisch.) **31**, 206.
Kästner, H., Zur Frage der Deformierung der Patella nach Kniescheibenbruch. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **135**, H. 3/4, S. 714—718.) **32**, 221.
Kalina, Leon, Über Brüche der Menisken und ihre Behandlung. (Fracturae meniscorum.) (Polska gazeta lekarska Jg. **4**, Nr. 3, S. 54—56.) (Polnisch.) *
Kopits, Eugen, Beiträge zur Pathologie und Therapie der angeborenen Kniegelenkssubluxationen. (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 5, S. 593—609.) **33**, 624.
Lussana, Stefano, Contributo alla conoscenza delle ossificazioni traumatiche e delle fratture per distaco del condilo interno del ginocchio. (I. div. chir., osp. civ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 3, S. 269—280.) **31**, 941.
Marconi, S., Un caso di lussazione anteriore, recidivante, del ginocchio. (Div. chir., osp. civ., Venezia. (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 3, S. 320—328.) **31**, 941.
Ogilvy, Le lesioni traumatiche del ginocchio. (Gazz. d. osp. e d. clin. Jg. **46**, Nr. 5, S. 103 bis 105.) *
Petco, Eugen v., Zur Subluxation des Kniegelenkes. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 3, S. 379—385.) **31**, 636.
Pieri, Gino, Processo operatorio per la cura delle fratture inveterate della rotula. (Osp. civ., Belluno.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 3, S. 288—292.) **32**, 559.
Prat, Domingo, Fälle von Kniegelenkverletzungen. (Anales de la fac. de med. [Montevideo] Bd. **10**, Nr. 4, S. 348—356.) (Spanisch.) *
Reimer, H., Fraktur der Fabella. (Städt. Krankenh., Charlottenburg-Westend.) (Fortschr. a. d. Geb. d. Röntgenstr, Bd. **33**, H. 4, S. 568—570.) **32**, 860.
Seubert, R., Zur Verwendung der Fascia lata bei der operativen Behandlung von frischen Patellarfrakturen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 13, S. 692.) **31**, 784.
Sieber, Hans, Doppelseitige angeborene Luxation der Patella und des Radiusköpfchens nach außen. (Orthop. Univ.-Poliklin., Leipzig.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 555—561.) **33**, 188.
Sisenko, M., Zur Chirurgie der Patellafrakturen. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 86—89.) (Russisch.) **37**, 781.
Starošklowskaja, R., Über die fasciale Naht bei Querbrüchen der Patella. (Dostojewskij-Krankenh., Moskau, Direktor: Prof. J. A. Goljanizkij.) (Novaja chirurgija Jg. **1**, H. 1, S. 47—54.) (Russisch.) **34**, 119.
Tjumenew, S. I., Zur Diagnose der traumatischen Verletzungen des Kniegelenks. (Chir. Hosp. Klin., Prof. Ssinakewič, Irkutsk.) (Vračebnaja gazeta Jg. **29**, Nr. 10, S. 248.) (Russisch.) *
Udovicenko, N., Querfrakturen der Patella. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. **2**, S. 89—91.) (Russisch.) **37**, 780.
Vorschütz, Johannes, Die operative Behandlung der frischen Patellarfraktur durch Umschnürung mit einem Streifen der Fascia lata. (St. Josefhosp., Elberfeld.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 4, S. 179—182.) **31**, 125.
Wilson, James C., Silk ligament in habitual dislocation or slipping of the patella. (Americ. journ. of surg. Bd. **39**, Nr. 6, S. 144—145.) **32**, 478.
Xoudis, Alexandre, Traitement des luxations congénitales de la rotule en dehors. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 1, S. 21—38.) **31**, 636.
Zagni, Louis, A propos d'un cas curieux et rare de fracture de la rotule. (Paris méd. Jg. **15**, Nr. 32, S. 140—142.) **32**, 859.
Zanoli, Raffaele, La lussazione congenita della rotula. (Istit. ortop. Rizzoli ed univ.-clin. ortop., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **10**, H. 1/2, S. 83—164.) **34**, 326.

Gelenkkörper und Osteochondritis dissecans.

Albee, Fred H., Removal of a joint mouse from the knee. (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 2, S. 461—467.) **32**, 430.

Axhausen, G., Zur Histologie und Pathogenese der Gelenkmausbildung im Kniegelenk. (Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 1, S. 89—119.) 31, 332.
Balensweig, Irvin, Osteochondritis dissecans of the knee. (Out-patient dep. hosp. f. ruptured a crippled, New York.) (Journ. of bone a joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 465 bis 468.) 32, 124.
Bernstein, Maurice A., Osteochondritis dissecans. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 319—329.) 32, 60.
Brezovnik, Vladimír, Experimentelle Studie über freie Gelenkkörper. (Časopis lékařů českých Jg. 64, Nr. 41, S. 1465—1469 u. Nr. 42, S. 1518—1522.) (Tschechisch.) 33, 495.
Dittrich, v., Zur Frage der Osteochondritis dissecans des Kniegelenks. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 270—275.) 31, 895.
Dittrich, Klaus von, Über Osteochondrolysis traumatica (Osteochondritis dissecans gen. König). Eine klinische und histologische Studie. (Chir. Klin. u. pathol.-anat. Inst., Univ. Innsbruck.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 258, H. 3, S. 795—819.) 34, 197.
Läwen, A., Knorpelresektion bei fissuraler Knorpeldegeneration der Patella — eine Frühoperation der Arthritis deformans. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 2, S. 265—307.) 32, 909.
Löhr, Spontanheilung von Osteochondritis genu. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 720.
Nieuwejaar, L., Zwei Fälle von Osteochondritis dissecans. (Norsk magaz. f. laegevidenskaben Jg. 86, Nr. 4, S. 349—354.) (Norwegisch.) 32, 430.

Kniegelenkchirurgie (Arthroplastik, Resektion usw.).

Bastos Ansart, M., Behandlung der tuberkulösen Arthritis durch Knochentransplantation. (Progr. de la clin. Bd. 31, Nr. 161, S. 590—607.) (Spanisch.) 32, 639.
Bérard, L., et P. Santy, Résultats éloignés de résections du genou faites par Ollier. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 11, S. 963—972.) 35, 264.
Bonn, Rudolf, Endresultat eines nach Schepelmann mobilisierten Kniegelenks. (Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 194, H. 1/2, S. 114 bis 127.) 34, 198.
Bossi, Pietro, Innesti ossei liberi e peduncolati nella fissazione del ginocchio ciondolante paralitico. (Osp. magg., Milano.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 677 bis 682.) 32, 687.
Ceballos, Les operations arthroplastiques pour ankylose du genou. (Journ. de chir. Bd. 25, Nr. 2, S. 132—141.) *
Chaudhuri, N. N. Ray, A case of ankylosis of the kneejoint cured by excision. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 6, S. 273—274.) *
Desmarest, E., Sur l'arthroplastic du genou. (A propos de 3 cas personnels.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 26, S. 417—420.) 31, 784.
Fickenwirth, W., Zur Technik der plastischen Kniegelenksmobilisation. (Orthop. Poliklin. u. Heilanst. d. e. V. Krüppelhilfe, Dresden.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 30, S. 1642—1643.) 32, 911.
Gatti, Gerolamo, Mobilizzazione cruenta dell' anchilosi del ginocchio con interposizione di lembo libero. (Istit. di patol. chir. e clin. pediatr. chir., univ., Firenze.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 670—676.) *
Juckelson, M. B., Die Streckung von Kniecontracturen vermittels Hackenbruchscher Distraktionsklammern. (Chir. Abt., I. Arbeiterkrankenh., Kiew.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 35, S. 1946—1950.) 33, 78.
Key, J. Albert, The reformation of synovial membrane in the knees of rabbits after synovectomy. (Shriners hosp. f. crippled children a. dep. of surg., Washington univ., St. Louis.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 4, S. 793—813.) 35, 667.
Kortzeborn, A., Die myogene Versteifung des Kniegelenkes in Streckstellung (Quadricepscontractur). Klinische Erfahrungen und Erfolge der operativen Behandlung nach Payr. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 4, S. 467—539.) 32, 316.
Läwen, Über Knorpelresektion bei traumatischen Gelenkstörungen. (49. Tag. d. dtsch. Ges. f. Chir., Berlin, Sitzg. v. 15.—18. IV. 1925.) 31, 719.
Läwen, A., Knorpelresektion bei fissuraler Knorpeldegeneration der Patella — eine Frühoperation der Arthritis deformans. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 134, H. 2, S. 265—307.) 32, 909.

Lexer, Erich, Joint transplantations and arthroplasty. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 6, S. 782—809.) *
Ludloff, Die Verkleinerung der Patella als funktionsverbessernde Maßnahme bei bestimmten Knieaffektionen. (Univ.-Klin. f. orthop. Chir., Frankfurt a. M.) (Zentralblatt f. Chir. Jg. 52, Nr. 15, S. 786—788.) 31, 848.
Lukas, Bischof, Über Arthrotomien bei eitrigen Entzündungen der großen Gelenke. (Chir. Klin., Univ. Taškent, Mittelasien.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 279—291.) (Russisch.) 36, 155.
Muchina, M. V., Über die chirurgische Behandlung des Kniegelenkhydrops nach der Methode von Alexinskij. (Chir. Fak.-Klin., Prof. Sitkovskij, Mittelasiat. Univ. Taschkent.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 17—22.) (Russisch.) 35, 459.
Renesse, Hans von, Der Gritti in der Versicherungsmedizin. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. 23, H. 4, S. 540—548.) 31, 784.
Schanz, A., Technisches, besonders zur Knieresektion. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 35, S. 1942—1944.) 33, 78.
Schepelmann, E., Über die Behandlung von Knieankylosen in Beugestellung. (Evang. Krankenh., Hamborn a. Rh.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, H. 3, S. 415 bis 418.) 31, 637.
Vanderzijpen, La méthode de Vignard dans les tumeurs blanches du genou. (Scalpel Jg. 78, Nr. 32, S. 857—859.) 32, 799.

Tuberkulose des Kniegelenkes.

Bastos Ansart, M., Behandlung der tuberkulösen Arthritis durch Knochentransplantation. (Progr. de la clin. Bd. 31, Nr. 161, S. 590—607.) (Spanisch.) 32, 639.
Benci, Mario, Sul trattamento della tubercolosi articolare aperta col metodo Solieri. (Osp. Marino Elena Duchessa d'Aosta, Valdoltra, Trieste.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 29, S. 1005—1009.) 32, 860.
Delchef, A propos du traitement de la tuberculose du genou à partir de l'adolescence. (Scalpel Jg. 78, Nr. 43, S. 1096—1099.) 35, 715.
Fredet, Pierre, et Vignard, Traitement des tumeurs blanches du genou à partir de l'âge adulte. (XXXIV. congr. franc. de chir., Paris, 5.—10. X. 1925.) (Presse méd. Jg. 33, Nr. 82, S. 1367—1370 u. Nr. 83, S. 1382—1385.) 34, 46.
Hermans, A. G. J., Über Tuberkulose der Kniescheibe. (Chir. klin., St. Franciscusgasth., Rotterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 1. Hälfte, Nr. 2, S. 118—130.) (Holländisch.) 32, 431.
Hibbs, Russell A., and Herman L. von Lackum, End-results in treatment of knee joint tuberculosis. (Country branch, New York orthop. dispensary a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 17, S. 1289—1292.) 33, 843.
Mencière, Traitement de la tumeur blanche du genou. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. 98, Nr. 88, S. 1425—1426.) 33, 843.
Robertson Lavalle, Carlos, 50 Fälle von tuberkulöser Osteoarthritis, geheilt durch Knochentransplantation bei 25tägiger Bettruhe. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 46, S. 1209—1233.) (Spanisch.) 34, 44.
Roth, M., Arthroplastik bei Gelenktuberkulose. (Chir. Klin., Univ. Klausenburg.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 10, S. 528—531.) 31, 573.
Sinding-Larsen, Chr. M. F., Spotted post-traumatic atrophy of the bones of the knee-joint. (Acta radiol. Bd. 3, H. 6, S. 515—520.) 31, 414.
Tédenat, De la résection du genou dans les ostéo-arthrites tuberculeuses. (Bull. de la soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier Jg. 6, H. 4, S. 171—177.) 32, 860.
Vanderzijpen, La méthode de Vignard dans les tumeurs blanches du genou. (Scalpel Jg. 78, Nr. 32, S. 857—859.) 32, 799.
Wilkowa-Malzewa, N. A., Die Tuberkulose der Gelenke der unteren Extremitäten. (Klin. f. chir. Tuberkul., Direktor: Doz. Kornew, Leningrad.) (Woprossy chirurgitscheskawo tuberkulesa S. 38—52.) (Russisch.) 32, 684.
Zapernik, K., Zur Technik der Resektion des Kniegelenks bei tuberkulösen Affektionen desselben. (Verhandl. d. 1. Chir.-Kongr. d. linksseitigen Ukraine, Charkov, Bd. 2, S. 163—165.) (Russisch.) 37, 782.

Kniegelenksentzündungen außer Tuberkulose.

Brickner, Walter M., The treatment by aspiration an of mobilization of traumatic joint effusions. („traumatic synovitis") (Hosp. f. joint dis. a. Broad Str. hosp., New York). (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 2, S. 23—26.) *

Fisher, A. G. Timbrell, Principles of treatment by manipulation of some chronic disorders of the knee-joint following injury. (Lancet Bd. 209, Nr. 11, S. 529—534.) *
Grzywa, Norbert, Zur Arthrotomie des Kniegelenkes. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 137, H. 2, S. 453—455.) 34, 46.
Harvier, P., et M. Bariéty, Ostéo-arthrite syphilitique du genou évoluant sous forme d'hydarthrose chronique depuis dix-sept ans. Formale polynucléaire de l'épanchement. (Paris méd. Jg. 15, Nr. 9, S. 199—202.) *
Kosiński, K., Zur operativen Behandlung der eitrigen Kniegelenkentzündung. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 122—126.) (Polnisch.) 34, 471.
Reder, Francis, Inflammation of the prepatellar bursa. (Deaconess hosp., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 5, S. 1289—1295.) *
Satanowsky, Sara, Cluttonsche Hydarthrose. (Arch. latino-americ. de pediatria Bd. 19, Nr. 8, S. 1002—1007.) (Spanisch.) 34, 807.
Sinding-Larsen, Chr. M. F., Spotted post-traumatic atrophy of the bones of the knee-joint. (Acta radiol. Bd. 8, H. 6, S. 515—520.) 31, 414.
Smith, Ethan H., Effusions into the knee joint and housemaid's knee. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 9, S. 528—529.) 33, 143.
Tarchanov, W., Zur Behandlung der Arthritis gonorrhoica. (Chir. Hospitalklin., med. Hochsch., Charkow.) (Vračebnoe delo Jg. 8, Nr. 10/11, S. 828—830.) 33, 843.
Winter, G., Über die Behandlung der Kniegelenkentzündungen mit Carbolcampher-Einspritzungen. (Duodecim Jg. 41, Nr. 2, S. 66—85.) (Finnisch.) 32, 352.

Geschwülste der Kniegelenksgegend.

Becker, Über Schleimbeutelsarkome. (Knappschaftslaz., Beuthen O.-S.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 191, H. 3/4, S. 300—301.) 32, 860.
Cignozzi, Oreste, L'echinococco popliteo. Contributo allo studio degli ascessi freddi idatidei. (Div. chir., osp., Grosseto.) (Rass. internaz. di clin. e terapia Jg. 6, Nr. 5, S. 300—322.) 32, 860.
Cole, Wallace H., Primary tumors of the patella. (Miller hosp. clin., St. Paul, Minn.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 637—654.) 32, 478.
Faltin, R., Ein Fall von Riesenzellentumor der Patella. (Acta chir. scandinav. Bd. 58, H. 1/6, S. 36—54.) 31, 333.
Gerstenberg, Eric G., A case of myositis ossificans traumatica occurring in the region of the patella. (Glasgow med. journ. Bd. 103, Nr. 1, S. 33—36.) 31, 332.
Küttner, Hermann, und Engelhard Hertel, Die Lehre von den Ganglien. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 377—436.) 33, 149.
Lujt Cz., C. van, Ein Fall von primärem Sarkom des Knies. (Chir. afdeel., voormal. milit. hosp., Amsterdam.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. 69, 2. Hälfte, Nr. 3, S. 356—358.) (Holländisch.) 32, 799.
O'Ferrall, John T., Hemangiomas of the knee joint. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 7, S. 505—508.) 33, 190.
Simon, Stefan, Über ein Osteom der Kniegelenkskapsel. (Pathol. Inst. u. II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, S. 116—129.) 32, 61.
Steindler, Arthur, Synovectomy and fat pad removal in the knee. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 1, S. 16—20.) 32, 220.

Unterschenkel.

Allgemeine Pathologie und Chirurgie des Unterschenkels.

Berntsen, Aage, Aktivierung des Musculus peroneus. (Ugeskrift f. Laeger Jg. 87, Nr. 38, S. 821—823.) (Dänisch.) 33, 400.
Caeiro, José Alberto, Ligatur der Arteria tibialis anterior im mittleren und oberen Drittel des Unterschenkels. (Semana méd. Jg. 32, Nr. 42, S. 986—989.) (Spanisch.) *
Den Hoed, D., A separate centre of ossification for the tip of the internal malleolus. (Inst. f. radiol., Groningen.) (Brit. journ. of radiol. Bd. 80, Nr. 295, S. 67—68.) 31, 335.
Kausch, W., Abrashanows neue Operationsmethode zur Verlängerung der unteren Extremität. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 23, S. 1260.) 32, 559.
Lehrnbecher, A., Zur Frage der Unterschenkelamputation auf Grund persönlicher Erfahrungen. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 14, S. 554—556.) 32, 479.
Oppenheimer, Edgar D., Spontaneous rupture of Achilles tendon with vicious healing to tibia and ankle joint. (Journ. of the Americ med. assoc. Bd. 84, N. 10, S. 749.) 31, 637.

Angeborene Mißbildungen der Unterschenkelknochen.

Báron, Operativ geheilter Spaltunterschenkel. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 313 bis 317.) **32**, 253.

Benzi, Tarcisio, Assenza congenita del perone. Considerazioni sull'anatomia patologica e sulla patogenesi di tale deformità. (Istit. di anat. patol., univ., Pavia.) (Boll. d. soc. med.-chir. di Pavia Jg. **37**, H. 1, S. 69—86.) **31**, 784.

Feutelais, P., Malformations complexes dues à des sillons congénitaux. Traitement opératoire. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 6, S. 703—706.) **34**, 199.

Jovčič, M., und S. Jankowić, Kongenitaler Defekt des Wadenbeines. (Serb. Arch. f. d. ges. Med. Jg. **27**, Nr. 8, S. 399—402.) (Serbo-kroatisch.) *

Maragliano, Dario, Stiramento dello sciatico come atto complementare in trapianto osseo peduncolato per pseudoartrosi congenita della gamba. (Istit. di patol. spec. chir., univ., Genova.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 4/5, S. 485—494.) **33**, 687.

Ollerenshaw, Robert, Congenital defects of the long bones of the lower limb. A contribution to the study of their causes, effects, and treatment. (Children's hosp., Manchester.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 528—552.) **32**, 797.

Rivarola, Rodolfo A., Die angeborene Tibiaverkrümmung. (Rev. méd. latino-americ. Jg. **10**, Nr. 113, S. 528—535.) (Spanisch.) **32**, 124.

Watermann, Franz, Zur Frage der Bardenheuerschen Operation beim angeborenen Fibuladefekt. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 6, S. 299—301.) **31**, 414.

Watermann, Franz, Über die Kombination der angeborenen Hüftverrenkung mit kongenitalem Fibuladefekt. (Orthop. Prov.-Heilanst. Süchteln, Rheinland.) (Zeitschrift f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 581—593.) **33**, 142.

Frakturen und Luxationen der Unterschenkelknochen.

Bertiaux, M., Décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du tibia. (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 7, S. 609—611.) **33**, 844.

Brocq, P., et G. Panis, Technique de l'intervention sanglante dans les fractures condyliennes du tibia. (Journ. de chir. Bd. **25**, Nr. 4, S. 417—437.) **32**, 221.

Clavelin, Ch., Fracture isolée de la malléole externe avec subluxation du pied en arrière. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 4, S. 371—374.) *

Desgouttes, D., et A. Ricard, A propos du traitement des fractures de l'extrémité supérieure du tibia. (Journ. de chir. Bd. **26**, Nr. 5, S. 481—485.) **34**, 46.

Henderson, Melrin S., Pseudarthrosis of the tibia in children. (Sect. on orthop. surg., Mayo clin., Rochester.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 2, S. 340 bis 354.) **32**, 124.

Lange, Fritz, Die Behandlung der Knochenbrüche durch den praktischen Arzt auf Grund orthopädischer Erfahrungen dargestellt. V. Die Diaphysenbrüche des Unterschenkels. Die Schenkelhalsbrüche. Beckenbrüche. Wirbelbrüche. (Orthop. Klin. u. Kraussianum, München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 31, S. 1298 bis 1301.) **32**, 908.

Lehrnbecher, A., Die Dauerzugbehandlung der Ober- und Unterschenkelbrüche bei Lagerung auf Braunscher Schiene. (Staatl. Krankenstift, Zwickau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 18—57.) **34**, 278.

Leibovici, R., Du décollement traumatique de l'épiphyse inférieure du tibia. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 4, S. 345—364.) **33**, 79.

Lyle, Henry H. M., Traumatic luxation of the head of the fibula. (Ann. of surg. Bd. **82**, Nr. 4, S. 635—639.) **33**, 766.

Mc Kelvey, D., A case of traumatic perforation of the jejunum associated with compound fracture of the leg, necessitating amputation. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. **44**, Nr. 2, S. 111—113.) *

Martin, Fl., Le traitement des fractures des os longs du membre inférieur. (Scalpel Jg. **78**, Nr. 42, S. 1069—1076.) **34**, 55.

Martin, Paul, Luxation du tibia en avant. (Serv. de chir., univ., Bruxelles.) (Arch. franco-belges de chir. Jg. **28**, Nr. 12, S. 1062—1065.) **35**, 266.

Orr, H. Winnett, and J. E. M. Thomson, End results to illustrate the value of fixed traction in the treatment of fractures of the lower extremity. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 696—708.) **32**, 686.

Rondet et Rolland, Un cas de „jambe à crochet". (Arch. de méd. et pharm. navales Bd. **115**, Nr. 4, S. 332—334.) **34**, 391.

Simon, Stefan, Zur Entstehung der Fractura marginalis tibiae posterior. (II. chir. Univ.-Klin., Wien.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 5, S. 585—592.) **33**, 191.

Stoian, C., und Dan Teodorescu, Die Behandlung der bimalleolären Frakturen mit Gipsverband in Überkorrektion. (Rev. sanit. milit. Jg. 24, Nr. 5, S. 242—245.) (Rumänisch.)
Swete-Evans, W. B., Unusual case of fracture of tibia involving knee-joint. (Journ. of the roy. army med. corps Bd. 44, Nr. 1, S. 46—49.) 32, 430.
Tilton, Benjamin T., Treatment of fractures of the long bones of the lower extremity. (Med. journ. a. record Bd. 122, Nr. 11, S. 663—665.) 34, 196.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. Lecture I. (Lancet Bd. 209, Nr. 7, S. 313—317.) 33, 141.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. II. (Lancet Bd. 209, Nr. 8, S. 363—369.) 33, 141.
Wheeler, William I. de Courcy, Some practical considerations in the conservative treatment of fractures of the pelvis and lower extremity. IV. (Lancet Bd. 209, Nr. 11, S. 534—538.) 33, 286.
Zypkin, B. N., Ein Fall von Fraktur eines Knochentransplantates. (II. chir. Klin., Prof. Sokolowski, weißruss. Univ. Minsk.) (Novaja chirurgija Jg. 1, Nr. 4, S. 503 bis 505.) (Russisch.) 35, 667.

Die Schlattersche Krankheit, Epiphysitis tibiae dissecans.

Delitala, F., Sui rapporti tra malattia di Osgood-Schlatter ed eredolue. (Div. ortop. e di chir. infant., osp. civ., Venezia.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 3, S. 293 bis 308.) 32, 253.
Emmert, Max, Schlatters disease: A case report. (Journ. of radiol. Bd. 6, Nr. 7, S. 278—279.)
Grossman, Jacob, Osgood-Schlatter disease. (Med. journ. a. record Bd. 121, Nr. 9, S. 534—537.) 32, 640.
Ollerenshaw, Robert, Observations on the Osgood-Schlatter disease. (Brit. med. journ. Nr. 3386, S. 944—945.) 33, 926.
Pomeranz, Maurice M., Lesions of the tibial tubercle (Osgood-Schlatter's disease. (Hosp. f. joint dis., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 2, S. 17 bis 23.) 31, 637.

Osteomyelitis, Tuberculosis, Sporotrichosis des Unterschenkels.

Anschütz, W., Über die Behandlung osteomyelitischer und traumatischer Tibiadefekte und -pseudarthrosen mit Fibulaimplantation. (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 192, H. 1/5, S. 52—87.) 32, 736.
Areilza, E., und J. Yanke, Typhuspanostitis der Tibia. (Progr. de la clin. Bd. 31, Nr. 159, S. 350—358.) (Spanisch.) 32, 253.
Ključarjev, S., Behandlung der infektiösen Prozesse in der distalen Hälfte der Extremitäten. (Dostojewskij-Krankenh., Moskau.) (Moskovskij medicinskij žurnal Jg. 5, Nr. 7, S. 55—62.) (Russisch.) 35, 267.
Kümmell jr., H., Zur Differentialdiagnose der Osteomyelitis tuberculosa der Tibia. (Chir. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.) (Beitr. z. Klin. d. Tuberkul. Bd. 61, H. 4, S. 372—377.) 34, 120.

Rachitische Verkrümmungen.

Brandt, G., Kreuzförmige Osteotomie bei rachitischen Unterschenkelverkrümmungen. (Chir. Univ.-Klin., Halle.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 2, S. 79—81.) 31, 127.
Cadenat, F. M., L'ostéotomie cunéiforme dans les déformations du membre inférieur. (Arch. franco-belges de chir. Jg. 28, Nr. 7, S. 559—574.) 33, 925.
Sorrel, Etienne, De la correction par ostéotomie des déformations des membres inférieurs et en particulier des déformations rachitiques. (Journ. méd. franç. Bd. 14, Nr. 1, S. 14—18.) 32, 687.
Špičić, Bozidar, Beitrag zu der operativen Therapie der rachitischen Knochendeformität. (Liječnicki vjesnik Jg. 47, Nr. 4, S. 201—204.) (Kroatisch.) 32, 559.
Strauss, Hugo, Bemerkungen zur Abhandlung des Herrn Prof. Springer „Über die Segmentierung hochgradiger rachitischer Verkrümmungen" in der Nr. 41, 1924 ds. Zeitschr. (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 5, S. 245—246.) 31, 574.

Phlebitis und Varicen der unteren Gliedmaßen.

Balen, G. A. M. van, Eine Couveuse für die Behandlung des Ulcus cruris. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 1, S. 20—21.) (Holländisch.) **32**, 125.
Bange, Franz, Erfahrungen mit den Klappschen Discisionen bei Krampfadern. (Chir. Univ.-Klin., Berlin.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 48, S. 2696—2699.) **33**, 926.
Barber, Robert F., and Fuad I. Shatara, The varicose disease. (Dep. of surg., Long Island coll. hosp.) (New York state journ. of med. Bd. **25**, Nr. **4**, S. 162 bis 166.) **31**, 574.
Bardy, Henri, Die Behandlung der Krampfadern. (Städt. Marienkrankenh., Helsingfors.) (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 74—79.) **31**, 415.
Beltrano, Attilio, Contributo allo studio delle varici degli arti inferiori quale malattia professionale nei tramvieri. (Folia med. Jg. **11**, Nr. 6, S. 226—233.) **32**, 431.
Castberg, E. O., Behandlung von varikösem Unterschenkelgeschwür mit der Varicosanbinde in 14 Fällen. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 4, S. 77.) (Dänisch.) *
Clasen, E., Varicen. Ulcus cruris und ihre Behandlung als Sonderfach für den praktischen Arzt. 3., verb. Aufl. (Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1925. 128 S. RM. 3.30.) **32**, 559.
Dunbar, John, The treatment of varicose veins of the leg by injections. (Brit. med. journ. Nr. **3340**, S. 14—15.) **31**, 127.
Elischer, Ernö, Über die Injektionsbehandlung von Varicen. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 24, S. 560—563.) (Ungarisch.) **32**, 478.
Faure-Beaulieu, M., et M. David, L'insuline dans le traitement des ulcères de jambe. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. **41**, Nr. 21, S. 892—894.) **33**, 143.
Fisher, David, and Edmund H. Mensing, Unusual complication following usual operative procedure for varicose veins. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **84**, Nr. 10, S. 728—729.) **32**, 318.
Frey, Sigurd, Regionäre Stoffwechselstörungen bei Varicen. (Chir. Univ.-Klin., Königsberg.) (Med. Klinik Jg. **21**, Nr. 31, S. 1158—1159.) **32**, 861.
Gaston, Alain, Les injections intra-variqueuses de salicylate de soude. (Journ. des praticiens Jg. **39**, Nr. 21, S. 343—344.) **32**, 318.
Gioia, Terencio, Varicenbehandlung durch intravaricöse Injektionen. (Prensa méd. argentina Jg. **11**, Nr. 27, S. 916—920.) (Spanisch.) **33**, 496.
Grzywa, Norbert, Die Varicenbehandlung mit Salicylinjektionen. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 19, S. 1017—1018.) **32**, 222.
Guillaume, A.-C., L'exploration de la circulation sanguine dans les vaisseaux des membres. (Bull. méd. Jg. **39**, Nr. 21, S. 587—596.) **33**, 267.
Halperin, E., Über die Behandlung variköser Venen der unteren Extremitäten durch intravenöse Eingießungen. (Verhandl. d. 2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 185—187. Jekaterinoslav 1925.) (Russisch.) **33**, 846.
Homans, John, The operative treatment of varicose ulcer. (Boston med. a. surg. journ. Bd. **192**, Nr. 9, S. 379—384.) *
Hosemann, Zur Varicenoperation nach Babcock. (Bemerkung zum Aufsatz von M. Schapiro, Nr. 21 des Zentralbl. f. Chir.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 32, S. 1765.) **33**, 624.
Hültl, Hümér, Über die Injektionstherapie der Venenerweiterungen. (Gyógyászat Jg. **66**, Nr. 51/52, S. 1148—1151.) (Ungarisch.) *
Jensen, Georg, Injektionsbehandlung von Varicen. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 49, S. 1082.) (Dänisch.) **34**, 391.
Joly, P.-R., Du traitement des varices par les injections sclérosantes; ses conséquences lointaines; ses indications. (Evolution méd.-chir. Jg. **6**, Nr. **3**, S. 72—81.) **32**, 911.
Ishewski, L., Zur Frage der Behandlung der Varices cruris. (Chir. Abt., klin. Fortbildungsinst. f. Ärzte, Moskau, Chef: Prof. Fedoroff.) (Kliničeskaja medicina Jg. **6**, Bd. 3, Nr. 3/4, S. 109—110.) (Russisch.) **34**, 470.
Juillard, Traitement de la thrombo-phlébite post-opératoire des membres inférieurs. (Soc. suisse de chir., Basel, 21. et 22. VI. 1924.) (Schweiz med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 22, S. 515—518.) **32**, 431.
Jung, R., Die Behandlung der Varicen durch intravenöse sklerosierende Injektionen. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 48, S. 1100.) *
Kehar, D. R., Treatment of varicose veins of the leg by an occlusion method. (Indian med. gaz. Bd. **60**, Nr. 6, S. 265—266.) **32**, 479.
Knox, Leila Charlton, Epithelioma and the chronic varicose ulcer. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 14, S. 1046—1051.) **33**, 562.
Kornmann, N., Zur Frage über die Behandlung variköser Venenerweiterungen der unteren Extremität. (Chir. Univ.-Klin., Prof. Kornmann, Odessa.) (Verhandl. d.

2. Chirurgenkongr. d. Gouvern. Odessa, 12.—15. IX. 1924, S. 187—190. Jekaterinoslav.) (Russisch.) **33**, 846.
Kovács, Johann, Über neuere Operationsmethoden bei Varicen der Unterschenkelvenen. (II. chir. Klin., Univ. Budapest.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 2, S. 260—265.) **32**, 61.
Krafft, H. C., L'opération des phlébites variqueuses. (Soc. suisse de chir., Basel. 21.—22. VI. 1924.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. **22**, S. 513 bis 515.) **32**, 431.
Kramer, P. H., Phlebitis migrans (septica). (Gemeente ziekenh. a. d. Bergweg, Rotterdam.) (Geneesk. gids Jg. **3**, H. 3, S. 49—56.) (Holländisch.) **32**, 128.
Lauerbach, Fritz, Erfahrungen mit Desitinsalbe bei Behandlung von Ulcera cruris. (Heilanst. f. Beinleiden, Landesversicherungsanst. d. Hansestädte, Hamburg.) (Klin. Wochenschr. Jg. **4**, Nr. 51, S. 2478.) **34**, 472.
Lehmann, Ernst, Über Ätiologie, Pathogenese und histologische Struktur von Varicen. (Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.) (Frankfurt. Zeitschr. f. Pathol. Bd. **33**, H. 2, S. 300—326.) **34**, 743.
Linser, Die Behandlung der Krampfadern. (Univ.-Hautklin., Tübingen.) (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 1, S. 19—23.) **32**, 125.
Linser, K., Die Behandlung der Krampfadern mit intravaricösen Kochsalzinjektionen. (Dermatol. Wochenschr. Bd. **81**, Nr. 37, S. 1345—1351.) **34**. 46.
Linser, P., Die Behandlung chronischer Venenentzündungen mit künstlicher Thrombosierung nach Linser. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 27, S. 1105 bis 1106.) **32**, 560.
Meisen, V., Injektionsbehandlung von Varicen und ihrer Folgezustände. (Ekzem und Ulcus cruris.) (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 43, S. 929—933 u. Nr. 44, S. 964 bis 971.) (Dänisch.) **33**, 765.
Meisen, V., Injektionsbehandlung von Varicen. II. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 50, S. 1108.) (Dänisch.) **34**, 391.
Nobl, G., Der variköse Symptomenkomplex. (Allg. Poliklin., Wien.) (Zentralbl. f. Haut- u. Geschlechtskrankh. sowie deren Grenzgeb. Bd. **18**, H. 1/2, S. 1 bis 22.) **33**, 446.
Nobl, G., Die Behandlung des Ulcus cruris. (Allg. Poliklin., Wien.) (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 26, S. 1517—1521.) •
Nyström, Gunnar, Radical operative treatment of varicose ulcers. (Acta chir. scandinav. Bd. **58**, H. 1/6, S. 457—470.) **31**. 256.
Oudard, G. Jean et Solcard, Les indications du traitement dans les varices essentielles de l'adulte. (Clin. chir., hôp. maritime St.-Anne, Toulon.) (Lyon chir. Bd. **22**, Nr. 3, S. 299—318.) **33**, 687.
Pieraccini, Piero, Due brevi note: 1. Sulla identica suscettività dell'uno e dell'altro arto inferiore a farsi sede di processi flebectasici. 2. Sui vantaggi che offre il metodo Babcock nell'asportazione delle varici. (I. turno chir., arcisped. di S. Maria Nuova, Firenze.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 2, S. 65—73.) **33**, 143.
Regard, G.-L., Le traitement des varices par les injections sclérosantes. (Rev. méd. de la Suisse romande Jg. **45**, Nr. 2, S. 102—107.) **31**. 415.
Remenovsky, F., und R. Kantor, Eine neue Methode der Varicenbehandlung mit 50proz. Traubenzuckerlösung. (Allg. Poliklin., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 20, S. 532—535.) **32**, 431.
Šachkeldjan, N., Ätiologische Momente in der Venenerweiterung der unteren Extremitäten. (Chir. Abt., Dostojewsky-Krankenh., Prof. Goljanizkij, Moskau.) (Wwedenije w sozialjnuju patologiju chirurgičeskich bolesnej S. 75—81. Moskau 1925. (Russisch.) **33**, 846.
Schaefer, Walter, Über Blutuntersuchungen bei Varicen. (I. chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Berlin.) (Arch. f. klin. Chir. Bd. **136**, H. 4, S. 661—677.) **33**, 190.
Schapiro, M., Eine Modifikation der Varicenoperation nach Babcock. (Chir. Hospitalklin., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 21, S. 1128—1129.) **32**, 318.
Schlunk, F., Zusammenstellung der wichtigsten therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung von Varicen und ihren Folgeerscheinungen. (Heilanst. f. Beinleiden, Hamburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 21, S. 856—857.) **32**, 318.
Sie, L. S., Die konservative Behandlung gegenüber der operativen des Ulcus cruris. (St. Elisabethsgasth., Haarlem.) (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 1. Hälfte, Nr. 25, S. 2829—2834.) (Holländisch.) **33**, 191.
Sonntag, F., Phlebarteriektasie. (Chir. Poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Zentralbl. f. g. Chir. J**52**, Nr. 2, S. 66—70.) **31**, 126.
Taddei, Domenico, La cura chirurgica delle varici degli arti inferiori. (Clin. chir. univ., Pisa.) (Rif. med. Jg. **41**, Nr. 4, S. 80—82.) **31**. 334.

Villaret, Maurice, Fr. Saint-Girons et Louis Salasc, La tension veineuse périphérique dans les varices des membres inférieurs. (Ann. de méd. Bd. 18, Nr. 2, S. 87—107.) **33**, 79.
Walter, Ein Beitrag aus der Praxis zur Behandlung von Varicen und Ulcera cruris. (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 30, S. 1251.) **32**, 799.
Yamato, Shinbei, Über pathologisch-anatomische Befunde bei Varicen des Unterschenkels und bei Ulcus cruris. (Städt. Krankenh. Charlottenburg-Westend.) (Virchows Arch. f. pathol. Anat. u. Physiol. Bd. 257, H. 1/2, S. 490—502.) **33**, 287.

Elephantiasis.

Bologna, Mario, Le alterazioni dei vasi nel processo elefantiasico. (Istit. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terapia Jg. 6, Nr. 8, S. 516 bis 525.) **33**, 845.
Falcone, Roberto, Alcuni rilievi sul trattamento chirurgico alla Kondoleon degli stati elefantiasici degli arti. (Osp. cîv., Cosenza.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 662 bis 669.) **32**, 861.
Fischman, L. G., Zur operativen Behandlung der Elephantiasis der unteren Extremitäten. (III. Arbeiterkrankenh., Kasan, Prof. Krassin.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 5, H. 13, S. 123—132.) (Russisch.) **35**, 459.
Giordano, Giacinto, Contributo al trattamento chirurgico dell'elefantiasi degli arti inferiori. (Clin. chir., univ., Torino.) (Rif. med. Jg. 41, Nr. 34, S. 793 bis 795.) **33**, 844.
Heusler, Karl, Über Elephantiasis congenita non hereditaria. (Univ.-Frauenklin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Gynäkol. Jg. 49, Nr. 35, S. 1962—1969.) **33**, 560.
Hofmann, A., Ein Fall von angeborenem lymphangiektatischem Ödem. (Univ.-Kinderklin., Gießen.) (Arch. f. Kinderheilk. Bd. 76, H. 4, S. 285—287.) **34**, 279.
Kimura, Hiroshi, On the treatments of elephantiasis. (Dep. of surg., med. coll., Keio univ., Tokyo.) (Japan med. world Bd. 5, Nr. 8, S. 201—211.) **33**, 494.
Léri, André, et Layani, Lymphangiectasies périno-scrotales post-éléphantiasiques. Eosinophilie passagère. (Bull. de la soc. franç. de dermatol. et de syphiligr. Jg. 32, Nr. 5, S. 244—247.) **33**, 186.
Meletti, Mario, Contributo al trattamento chirurgico dell'elefantiasi degli arti. (Osp. civ., Pergola [Pesaro].) (Policlinico, sez. chir. Jg. 32, H. 10, S. 520—536.) **33**, 925.
Minch, A. P., Zur Frage über die konservativ-operative Behandlung der Elephantiasis der unteren Extremitäten. (Chir. Abt., I. Sowjet Krankenh., Ssaratov.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. 8, H. 4, Nr. 32, S. 555—561.) (Russisch.) *
Muccini, Giacomo, Su di un caso di elefantiasi dei genitali e degli arti inferiori secondaria ad infortunio del lavoro. Nota clinica. (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, H. 32, S. 1117—1119.) **33**, 185.
Sokolowski, M., Die Lymphangioplastik, als Behandlungsmethode bei Elephantiasis der Unterextremitäten. (II. chir. Klin., weißruss. Staatsuniv., Minsk.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 46, S. 2583—2586.) **33**, 765.
Ssokolowskij, M., Die Lymphangioplastik eine Methode zur Behandlung der Elephantiasis. (Chir. Univ.-Klin., Minsk.) (Verhandl. d. 16. russ. Chirurgenkongr., Moskau, 3.—8. V. 1924, S. 174—179.) (Russisch.) **33**, 845.
Stenhouse, H. M., The real cause of elephantiasis. (Bull. of the United States naval med. 22, S. 119.) **33**, 405.

Geschwülste des Unterschenkels.

Abramowa, A., Zur Frage der Exostosis bursata. (Chir. Klin., med. Hochsch., Ekaterinoslav.) (Ekaterinoslavskij medicinkij žurnal Jg. 4, Nr. 3/4, S. 209—213.) (Russisch.) **37**, 848.
Alessandri, R., Condrosarcoma osteoide della estremità superiore della tibia, operato e recidivato dal trapianto del perone. (Istit. di clin. chir., univ., Roma.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 21—32.) **33**, 78.
Attix, F. F., Localized periosteal sarcoma of the tibia: Report of a case treated by excision and cautery. (Northwest med. 24, S. 118.) *
Ceccarelli, Galeno, Sulle cosidette cisti solitarie della tibia. (Istit. di patol. spec. chir. dimostr., univ., Pisa.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 425 bis 446.) **32**, 861.
Kirklin, B. R., and W. D. Gatch, Giant cell tumor of middle third of shaft of fibula. A case report. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 6, S. 521—523.) *

Knox, Leila Charlton, Epithelioma and the chronic varicose ulcer. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 85, Nr. 14, S. 1046—1051.) 33, 562.
Küttner, Hermann, und Engelhard Hertel, Die Lehre von den Ganglien. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. 18, S. 377—436.) 33, 149.
Serafini, Giuseppe, Resezione della parte superiore della tibia con sostituzione al segmento asportato di un trapianto tolto dal femore. (Osp. magg. di S. Giovanni, Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 683—687.) 32, 862.
Steiger, W., Kasuistische Mitteilungen. II. Ein Fall von wahrer Knochenbildung in der Achillessehne; ein Beitrag zur Frage der Tendinitis ossificans. (Krankenh. Wieden.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 37, S. 1012—1013.) 33, 400.

Fußgelenk und Fuß.

Anatomie, Physiologie, Pathologie und Chirurgie des Fußgelenkes und Fußes.

Albee, Fred H., Unusual congenital hyperplasia of the feet. (Surg. clin. of North America Bd. 5, Nr. 2, S. 444—447.) 32, 480.
Allende, Carlos I., Die Tarsalgie und ihre Beziehung zu den Exostosen und Hyperostosen des Calcaneus. (Prensa méd. argentina Jg. 12, Nr. 2, S. 70—83.) (Spanisch.) 33, 496.
Baumann, Ernst, Über Risse der Achillessehne. (Chir. Abt., kantonal. Krankenanst., Aarau.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. 55, Nr. 14, S. 300—301.) 32, 319.
Bile, Silvestro, Una „Lisfranc" cinematizzata con motore ad ansa secondo la tecnica del Minervini. (Contributo clinico.) (Policlinico, sez. prat. Jg. 32, Nr. 42, S. 1461 bis 1462.) 33, 560.
Brown, George E., Three cases of vascular diseases affecting the feet. (Tromboangiitis obliterans, Raynaud's disease, and erythromelalgia.) (Med. clin. of North America Bd. 8, Nr. 4, S. 1189—1202.) 32, 409.
Camera, Ugo, La dislocazione temporanea dei capi articolari nella cura dell'empiema acuto dell'articolazione tibio-astragalica. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 1, S. 118—123.) 34, 199.
Cipriani, Francesco, Sulla talodinia. (Osp. civ. magg., div. chir., Verona.) (Ann. ital. di chir. Jg. 4, H. 8, S. 727—749.) 33, 767.
Desnoyers, R., Malformations multiples des mains et des pieds. (Rev. d'orthop. Jg. 32, Nr. 1, S. 49—55.) *
D'Istria, Antonio, Su due casi di malattia del Morton. (Istit. fisioterap., osp. incurabili, Napoli.) (Arch. ital. di chir. Jg. 4, H. 3, S. 271—282.) 32, 256.
Ferber, Julius, Local atrophy as an anomaly of bone metabolism. (Bellevue hosp. med. coll., metabolism clin., New York.) (Arch. of surg. Bd. 11, Nr. 5, S. 708 bis 717.) 34, 200.
Fischer, Ernö, Kulturdeformation des Fußes. (Therapie [Budapest] Jg. 2, Nr. 4, S. 127—131.) *
Freiberg, Albert H., A method of passing bone sutures at a depth, with observations on extensor contracture of the fifth metatarsal bone. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 2, S. 400—407.) 32, 480.
Frostell, Gunnar, Beitrag zur Kenntnis der vorderen Stützpunkte des Fußes sowie des Fußwinkels beim Stehen und Gehen. (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 47, H. 1, S. 3—54.) 34, 327.
Galland, Walter J., A system of adhesive strapping for static disorders of the foot. (Hosp. f. joint dis. a. Lenox Hill hosp. dispens., New York.) (Americ. journ. of surg. Bd. 39, Nr. 2, S. 43—45.) 31, 639.
Geist, Emil S., The accessory scafoid bone. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 570—574.) 32, 640.
Goddu, Louis A. O., Ossification of the peroneal tendon or sesamoid, in the region of its attachment at the base of the fifth metatarsal. (Boston med. a. surg. journ. Bd. 192, Nr. 19, S. 899—900.) 32, 320.
Hagen-Torn, O., Hallux valgus. Eine transformatorische Folge und Ausdruck der Schädigung der Fußgewölbe. (Arch. f. klin. Chir. Bd. 135, H. 1/2, S. 490 bis 492.) 32, 255.
Heimerzheim, Anton, Über einige akzessorische Fußwurzelknochen nebst ihrer chirurgischen Bedeutung. (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. 190, H. 1/2, S. 96 bis 112.) 31, 848.
Krida, Arthur, A foot plate for osteoarthritis of the great toe. (Hosp. for the ruptured and crippled, New York.) (Journ. of bone a. joint surg. Bd. 7, Nr. 3, S. 730.) 32, 640.

Lefebvre, Ch., Cure radicale de l'ongle incarné. (Gaz. des hôp. civ. et milit. Jg. **98**, Nr. 24, S. 390—391.) **31**, 639.
Lemmens, H. M., Malformations congénitales. Un cas d'ectrodactylie partielle aux deux pieds avec prédominance des lésions au pied droit. (Arch. méd. belges Jg. 78, Nr. 3, S. 103—106.) **33**, 767.
Lewin, Philip, Apophysitis of the os calcis. (County a. St. Luke's hosp., Chicago.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **41**, Nr. 5, S. 579—582.) **33**, 847.
Long, John, An anterior metatarsal support. (Med. times Bd. **53**, Nr. 9, S. 216 und 234.) **37**, 143.
Mahaut, A. J., Etude critique des traumatismes du cou-de-pied. (Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. **2**, Nr. 2, S. 180—242.) **33**, 143.
Mickel, Unblutige Behandlung des eingewachsenen Nagels. (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 11, S. 443.) **31**, 640.
Miller, O. L., Two hundred cases of paralytic foot stabilization after the method of Hoke. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 1, S. 85—97.) **31**, 638.
Morávek, A., Zur Pathologie des Processus trochlearis calcanei. (Časopis lékařů českých Jg. **64**, Nr. 15, S. 565—568.) (Tschechisch.) **32**, 125.
Mouchet, Albert, et Georges Moutier, Osselets surnuméraires du tarse. (Ossa tarsalia.) (Presse méd. Jg. **33**, Nr. 23, S. 371—374.) **31**, 640.
Müller, Walther, Malacie der Sesambeinknochen des I. Metatarsale, ein typisches Krankheitsbild. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2, S. 308—318.) **33**, 80.
Nilsonne, Harald, Fußamputationen mit Berücksichtigung der Prothesen. (Ortop. klin., Karolinska inst., Stockholm.) (Svenska läkartidningen Jg. **22**, Nr. 44, S. 1244 bis 1249.) (Schwedisch.) **34**, 280.
Ostrogorskij, Zur Frage der Malgaigneschen Fußexartikulation. (Akad. chir. Klin., milit.-med. Akad., Dir. Prof. W. A. Oppel.) (Sovremennaja chirurgija [Arbeiten der Klinik v. Prof. Oppel] Bd. **1**, S. 197—213.) (Russisch.) **35**, 859.
Palma, Raffaele, Contributo allo studio delle artropatie tabetiche. (Artropatie bilaterali simmetriche delle articolazioni metatarso-falangee.) (Istit. di clin. chir., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 12, S. 1193—1209.) **34**, 616.
Patel, M., et H. Comte, Contribution à l'étude des talalgies sous-calcanéennes. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 5, S. 463—476.) **33**, 224.
Plate, Erich, und Hans Herrmann, Wie erwirbt und erhält sich der Mensch einen leistungsfähigen Fuß? (Allg. Krankenh. Hamburg-Barmbek.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 4, S. 554—575.) **32**, 61.
Popov, V. S., Über den Processus trochlearis am Calcaneus. (Anat. Inst., Univ. Rostov a. D.) (Izvestija Donskogo gosudarstvennogo universiteta Bd. **5**, S. 90—95.) (Russisch.) **36**, 384.
Port, Konrad, Rheumatische Fußbeschwerden. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 15, S. 592—593.) **32**, 800.
Posnjakow, L. N., Über Fußamputationen nach Ricard-Samfiresky. (Chir. Prop.-Klin., I. Univ., Moskau. Prof. Herzen.) (Novyi chirurgičeskij archiv Bd. **6**, H. 4, Nr. 24, S. 471—478.) (Russisch.) **33**, 688.
Renesse, Hans v., Die Amputation nach Pirogoff. (Orthop. Anst., Univ. Heidelberg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 4, S. 549—553.) **31**, 942.
Scheid, F., Über die sogenannte Apophysitis calcanei. (Städt. Krankenh., Berlin-Lichtenberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 42, S. 1792—1793.) **33**, 847.
Sessa, Piero, Anomali sesamoidi del piede, od ossa tarsali soprannumerarie? (Osp. magg., Milano.) (Radiol. med. Bd. **12**, Nr. 7, S. 467—470.) **32**, 640.
Simon, Stefan, Das schmerzhafte Os tibiale externum. (II. chir. Klin., Univ. Wien.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 127—135.) **32**, 479.
Stevenson, George H., Loose bodies in the ankle-joint. (Brit. journ. of surg. Bd. **12**, Nr. 47, S. 611—612.) **31**, 335.
Stracker, Über Zehendeformitäten. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 307—310.) **32**, 224.
Tierny, A., L'ongle incarné. (Clinique Jg. **20**, Nr. 41, S. 116.) *
Turner, H. I., Über Behandlung der chronischen Fußgeschwulst, die mit traumatischer Neuritis in Verbindung steht. (Orthop. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Turner, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 6—10.) **35**, 924.
Vulpius, Oscar, Repititorium der Orthopädie. III. Angeborene Fehlformen des Fußes. (Therapie d. Gegenw. Jg. **66**, H. 7, S. 359—362.) *
Willich, C. Th., Metatarsus adductus congenitus duplex mit Malacie am Os cuneiforme I. bipartitum. (Chir. Univ.-Klin., Jena.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 4, S. 576—581.) **32**, 128.

Zeldowič, J. B., Über osteoplastische Fußamputation mit einem Fußrückenlappen. (Chir. Klin., Prof. Grekov, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. 4, H. 10/11, S. 266—272.) (Russisch.) **34**, 920.

Arthrodese in den Fußgelenken

Jussewitsch, M. S., Über die Arthrodese der unteren Extremitäten nach spinalen Kinderlähmungen. (Phys.-Chir. Inst. u. Traumatol. u. orthop. Klin., staatl. Hochsch. med. Wissenschaften Leningrad, Prof. Poljenoff.) (Novyj chirurgičeskij archiv Bd. **6**, H. 4, S. 478—485.) (Russisch.) **32**, 862.

Nové-Josserand, M., Arthrodèse sous-astragalienne avec butée osseuse dans le pied paralytique. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. **6**, S. 709—713.) **34**, 279.

Smith, Alan de Forest, and Herman L. von Lackum, Subastragaloid arthrodesis. A study of end-results. (Clin. of New York orthop. dispensary a. hosp., New York.) (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. **40**, Nr. **6**, S. 836—841.) **32**, 862.

Stoppato, Ugo, Artrodesi con astragalectomia temporanea per piede equino-varo consecutivo a retrazione dei muscoli della gamba per ferita di guerra. (Clin. chir. gen., univ., Parma.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **10**, H. 1/2, S. 199—203.) **34**, 327.

Trosc, A., Osteoplastische Arthrodese des oberen Sprunggelenkes in der Behandlung des Pes valgus paralyticus und des paralytischen Schlenkerfußes. (Spitalul Jg. **45**, Nr. 7/8, S. 257—262.) (Rumänisch.) **33**, 319.

Hallux valgus, Hallux varus, Hammerzehen usw.

Cosăcescu, A., Eine seltene Varietät von Hammerzehe. (Rev. ştiinţelor med. Jg. **14**, Nr. 9, S. 874—875.) (Rumänisch.) **34**, 808.

Hackenbroch, M., Zur Operation des Hallux valgus. (Orthop. Klin., Univ. Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 37, S. 2051—2052.) **33**, 144.

Hoffmann, Gurnemanz, Erwiderung zur Hallux-valgus-Operation; Kapselbandexcision an der lateralen Seite des Gelenkes von E. Payr. (Orthop. Heilanst. u Privatklin. v. San.-Rat Dr. M. Müller u. Dr. G. Hoffmann, Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 52, S. 2930.) **34**, 392.

Hohmann, Georg, Der Hallux valgus und die übrigen Zehenverkrümmungen. (Ergebn. d. Chir. u. Orthop. Bd. **18**, S. 308—376.) **33**, 192.

Kenéz, Jenö, Über Hallux valgus. (Therapie Jg. **2**, Nr. 1, S. 24—25.) (Ungarisch.) **31**, 336.

Kenéz, Jenö, Hallux valgus. (Therapia [Bratislava] Jg. **4**, H. **5**, S. 11—13.) (Tschechisch.)

Matheis, Hermann, Eine ätiologische Operation des Hallux valgus. Vorl. Mitt. (Unfallkrankenh. u. orthop. Spit., Graz.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 3, S. 419—429.) **31**, 639.

Meyer, Ernst, Beitrag zur operativen Behandlung des Hallux valgus zu dem gleichnamigen Artikel von Dr. J. Wymer im Zentralbl. f. Chirurgie, Jahrg. 1924, Nr. 45. (Orthop. Inst. v. Dr. Ernst Meyer, Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. **2**, S. 70 bis 71.) **31**, 256.

Payr, E., Hallux valgus und Konstitutionspathologie. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 41, S. 2289—2291.) **33**, 848.

Payr, E., Zur Hallux-valgus-Operation; Kapselbandexcision an der lateralen Seite des Gelenkes. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 41, S. 2292 bis 2296.) **34**. 47.

Payr, E., Zur Hallux-valgus-Operation und Therapie der Arthritis deformans. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 52, S. 2930—2931.) **34**, 392.

Radliński, Ein Versuch zur ursächlichen Behandlung der schiefen Zehe. (Polski przegląd chir. Bd. 4, H. 4, S. 120—122.) (Polnisch.) **35**, 348.

Salis, H. v., Zur Hallux-valgus-Operation. (Chir. Univ.-Klin., Basel.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. **4**, S. 541—544.) **32**, 800.

Sazepin, T. S., Hallux valgus und seine Behandlung. (Orthop. Abt., staatl. Inst. f. Psychiatrie u. Orthop., Moskau.) (Novaja chirurgija Jg. **1**, Nr. **2**, S. 211 bis 221.) **35**, 128.

Scherb, R., Zur Ursache, Entstehungsweise und Behandlung des Hallux valgus. (Orthop. Anst. u. Poliklin. Balgrist, Zürich.) (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 40, S. 905—907.) **33**, 768.

Truslow, Walter, Metatarsus primus varus or hallux valgus? (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 1, S. 98—108.) **32**, 224.

Klumpfuß, Spitzfuß.

Abbott, Le Roy C., The treatment of congenital club-foot. (Shriners' hosp. f. crippled childr., St. Louis.) (Surg. clin. of North America Bd. **5**, Nr. 5, S. 1245—1261.) **34**, 200.
Berntsen, Aage, Aktivierung des Musculus peroneus. (Ugeskrift f. Laeger Jg. **87**, Nr. 38, S. 821—823.) (Dänisch.) **33**, 400.
Bom, G. S., Die osteoplastische Transplantationsmethode des M. tibialis ant. bei der Therapie des paralytischen Klumpfußes. (Orthop. Abt., N. A. Ssemaschko-Krankenh., Moskau.) (Russkaja klinika Bd. **4**, Nr. 15, S. 106—116.) (Russisch.) **35**, 348.
Bufalini, Maurizio, La cura delle forme gravi di piede torto congenito con lo svuotamento modellante dell'astragalo ed eventualmente di altre ossa del tarso. (Clin. chir. gen. univ., Pisa.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 1/2, S. 104—120.) **32**, 560.
Camera, Ugo, L'artrorisi posteriore dell'articolazione tibio-astragalica nella cura dell'equinismo spastico e contratturale. (Osp. infant. Regina Margherita, Torino.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **10**, H. 1/2, S. 49—60.) **34**, 391.
Camera, Ugo, Arthorise (I) postérieure de la tibio-tarsienne dans le traitement des pieds bots équins et varus équins dus à la paralysie spastique et flaccide. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 6, S. 714—719.) **35**, 64.
Duchowskoy, S. M., Contracturen und Kontraktionsamplitude der Muskeln. (Staatsinst. f. Physiatrie u. Orthop., Moskau.) (Vestnik Sowremenoj mediciny Jg. **2**, Bd. 2, Nr. 4, S. 12—13.) (Russisch.) **35**, 780.
Ducroquet, C., et R. Ducroquet, Thérapeutique orthopédique du pied bot chez l'enfant. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 1, S. 4—13.) *
Howell, B. Whitchurch, The treatment of congenital club-foot. (Queen's hosp. f. children, London.) (Brit. med. journ. Nr. **3362**, S. 1031—1032.) **32**, 480.
Janni, Raffaele, Cura del piede varo-equino congenito. (Contributo clinico.) (Ospincurabili, Napoli.) (Rass. internaz. di clin. e terapia Jg. **6**, Nr. 2, S. 90—104.) **31**, 942.
Loeffler, Friedrich, Zur Frage der Spitzfußbeseitigung und zur Verhütung von Rezidiven durch die Rotationsosteotomie beim kindlichen angeborenen Klumpfuß. (Arch. f. klin. Chir. Bd. **134**, H. 2/3, S. 457—463.) **31**, 848.
Lussana, Stefano, Nuova resezione osteplastica minima per la equinizzazione del piede negli eccessivi accorciamenti dell'arto. (Osp. civ., Ivrea.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 3, S. 505—508.) **34**, 472.
Massart, R., Sur le traitement du pied bot varus équin congénital par réduction sanglante de l'astragale. (VII. réun. ann. de la soc. franç. d'orthop., Paris, 9. X. 1925.) (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 6, S. 707—708.) **34**, 328.
Mau, Osteotomie des Calcaneus beim schweren rezidivierenden Klumpfuß. (**19**. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz. Sitzg. v. 15—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 312—313.) **32**, 352.
Ombrédanne, L., Les indications dans le traitement du pied bot varus équin congénital. (Journ. méd. franç. Bd. **14**, Nr. 1, S. 2—4.) **32**, 254.
Ross, R. A., Notes on a case of Whitman's astragalectomy. (South African med. record Bd. **23**, Nr. 14, S. 316.) **33**, 191.
Roux, Traitement du pied bot varus congénital chez les nourrissons. Méthode en deux temps. (Sud méd. et chir. Jg. **57**, Nr. 2048, S. 3432.) **33**, 80.
Scarlini, Giovanni, Sulla cura del piede torto congenito. (Pio istit. dei rachitici, clin. ortop., univ., Milano.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 726—740.) **32**, 864.
Schouten, D. E., Freie Transplantation des Innenknöchels in der Behandlung des paralytischen Klumpfußes. (Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. Jg. **69**, 2. Hälfte, Nr. 18, S. 1992—1995.) (Holländisch.) **33**, 846.
Strauss, Hugo, Zur operativen Korrektion des Calcaneus varus. (Orthop. Inst. d. Kinderschutzliga u. Poliklin. d. „Gratismilch-Ver.", Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 6, S. 301—303.) **31**, 416.
Zocchi, Sergio, A proposito di un caso di piede varo-equino congenito. (Istit. ostetr. ginecol., univ., Torino.) (Riv. d'ostetr. e ginecol. prat. Jg. **7**, Nr. 7, S. 297—301.) **35**, 64.

Plattfuß, Knickfuß, Spreizfuß.

Berger, Die Plattfußfrage. (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, Juli-H., S. 193—197.) *
Bom, G. S., Über Entstehung, Vorbeugung und Behandlung des statischen Plattfußes als professioneller Erkrankung. (Moskovskij medicinskij žurnal. Nr. **6**, S. 67 bis 72.) (Russisch.) *
Boorstein, Samuel W., Weals and plat foot in children. (Arch. of pediatr. Bd. **42**, Nr. 3, S. 169—175.) *

Brandt, G., Der Fuß und seine Deformierung durch die Belastung, insbesondere die Knickplattfußentstehung. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. S.) (Dtsch. Zeitschr. f. Chir. Bd. **191**, H. 1/2, S. 65—78.) **32**, 560.
Cramer, Karl, Der Plattfuß. (Deutsche Orthopädie. Hrsg. v. Hermann Gocht. Bd. 6.) (Stuttgart: Ferdinand Enke 1925. 82 S. RM. 6.—.) **31**, 638.
Engelmann, Guido, Über Plattfuß. (Wien. med. Wochenschr. Jg. **75**, Nr. 12, S. 693 bis 697.) **31**, 943.
Iljin, G. A., Zur osteoplastischen Korrektion beim Plattfuß. (Inst. f. topograph. Anat. u. operat. Chir., Mittelasiat. Univ., Taschkent, Doz. Iljin.) (Turkestanski medizinski žurnal Bd. **4**, H. 1, S. 75—82.) (Russisch.) **33**, 288.
Jordan, H., Pneumette oder starre Einlage? Zu dem Aufsatz von E. Stern in Nr. 11. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 17, S. 702 bis 703.) **32**, 168.
Jordan, H., Die ambulante Behandlung des contracten Plattfußes. (Orthop. Klin., Univ. Heidelberg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 18, S. 725—726.) **32**, 320.
Joseph, E., Senkfuß nach Unfall und das Tragen pneumatischer Einlagen. (Monatsschr. f. Unfallheilk. u. Versicherungsmed. Jg. **32**, Nr. 5, S. 116—120.) **32**, 480.
Kyle, Bernard H., A simple method for elevating the depressed anterior metatarsal arch. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 3, S. 722—723.) **32**, 656.
Ludloff, K., Der Einfluß des Tibialis posticus auf die Entwicklung der pathologischen Fußformen. (Univ.-Klin. f. orthop. Chir., Frankfurt a. M.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 18, S. 966.) **32**, 127.
Matheis, Messungen am Knickplattfuß. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 293 bis 298.) **32**, 223.
Meyer, Hermann, Tragfähigkeit des Fußskelettes und ihre Bedeutung für die Entstehung des Plattfußes. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **47**, H. 1, S. 63—70.) **33**, 767.
Meyer, Hermann, Die Behandlung des Plattfußes durch Peroneusvereisung. (Chir. Univ.-Klin., Göttingen.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **135**, H. 1, S. 150 bis 160.) **34**, 47.
Mol›kanov, B., Zur Frage der Analyse der Plattfußabdrücke bei Massenuntersuchungen. (Novaja chirurgija Jg. **1**, H. 3, S. 412—419.) (Russisch.) **36**, 847.
Pierroz, M., Über Plattfuß und Plattfußbehandlung. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 18, S. 381—390.) **32**, 126.
Renesse, Hans von, Die Plattfußfrage. (Orthop. Univ.-Klin., Heidelberg.) (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, September-H., S. 271—272.) **34**, 46.
Saxl, Alfred, Zur Prophylaxe des Kinderplattfußes. (Kaiser Franz Josef-Ambulat. u. Jubiläumsspit., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. **38**, Nr. 25, S. 707 bis 708.) **33**, 288.
Schmidt, A., Zur Statik und Mechanik des Fußes in Hinsicht auf die Plattfußgenese. (Chir. Univ.-Klin., Bonn.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, H. 4, S. 562—578.) **33**, 288.
Stracker, Zum kindlichen Knickplattfuß. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. **46**, Beih., S. 325 bis 328.) **32**, 223.
Teuscher, M., Plattfuß und Unfall. (Orthop. Heilanst. v. Prof. Dr. A. Blencke, Magdeburg.) (Arch. f. orthop. u. Unfall-Chir. Bd. **23**, H. 5, S. 635—639.) **33**, 191.
Troján, Emil, Neues operatives Verfahren zur Behandlung des Plattfußes. (Orvosi Hetilap Jg. **69**, Nr. 13, S. 282—283.) (Ungarisch.) **31**, 639.
Willis, C. Campbell, End-results of operation for correction of drop-foot. (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. **85**, Nr. 25, S. 1927—1931.) **34**, 392.
Wreden, A. R., Über den Plattfuß und seine Prophylaxe. (Orthop. Inst., Univ. Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 3—6.) (Russisch.)
Zur Verth, Orthopädische Schuhe, Pneumette und Emser Pneumatica in der Senkfußbehandlung. (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 4, S. 131.) **31**, 336.
Zur Verth, M., Über die Entstehung von Senkfußbeschwerden bei Beinamputierten und über ihre Behebung durch Einlagen oder orthopädisches Schuhzeug. (Ärztl. Monatsschr. Jg. **1925**, September-H., S. 272—276.) **33**, 848.

Hohlfuß. Hakenfuß.

Bartoš, Sehnenplastik bei Pes calcaneus congenitus nach Chlumský. (Orthop. klin. prof. Chlumského, Bratislava.) (Bratislavské lekárske listy Jg. **5**, Nr. 3, S. 225 bis 229.) (Tschechisch.) **34**, 392.

Galeazzi, Riccardo, Il piede cavo e la sua terapia. (Pio istit. dei rachitici, clin. ortop., univ., Milano.) (Arch. ital. di chir. Bd. 13, S. 697—725.) 32, 863.
Hackenbroch, M., Zur Korrektur der pathologischen Supinationsstellung des Rückfußes beim Hohlfuß. (Orthop. Klin., Univ. Köln.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 41, S. 2296—2298.) 33, 767.
Hughes, W. Kent, Talipes calcaneus. (Med. journ. of Australia Bd. 2, Nr. 10, S. 283 bis 285.) 34, 280.
Pekarek, Beitrag zur Kenntnis der Ätiologie und Therapie des Hohlfußes. (19. Kongr. d. dtsch. orthop. Ges., Graz, Sitzg. v. 15.—17. IX. 1924.) (Zeitschr. f. orthop. Chir. Bd. 46, Beih., S. 317—325.) 32, 254.
Smith, Alan de Forest, and Herman L. von Lackum, End-results of operation for claw-foot. (Orthop. dispens. a. hosp., New York.) (Journ. of the Americ. med. assoc. Bd. 84, Nr. 7, S. 499—501.) 31, 637.
Strauss, Hugo, Zur operativen Korrektion des Calcaneus varus. (Orthop. Inst. d. Kinderschutzliga u. Poliklin. d. „Gratismilch-Ver.“, Budapest.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. 52, Nr. 6, S. 301—303.) 31, 416.

Frakturen und Luxationen des Fußgelenkes und Fußes.

Bartoli, Ottorino, Astragalectomia totale o parziale nelle fratture dell'astragalo? (Clin. chir. gen., univ., Firenze.) (Arch. di ortop. Bd. 41, H. 2, S. 299—307.) 33, 928.
Bideau, Un cas d'entorse médio-tarsienne isolée. (Arch. de méd. et pharmacie navales Bd. 115, Nr. 2, S. 168—170.) *
Clavelin, Ch., Fracture isolée de la malléole externe avec subluxation du pied en arrière. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 4, S. 371—374.) *
Comolli, Antonio, Sulla cura chirurgica delle fratture del calcagno. (Istit. di studi sup. e di perfez. e istit. di clin. chir., Firenze.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 6, S. 622—628.) 33, 928.
Costantini, Domenico, Di una rara frattura malleolare (Frattura marginale posteriore isolata di Meissner). (Osp. Umberto I, Ancona.) (Radiol. med. Bd. 12, Nr. 7, S. 481—483.) 32, 912.
Cusi Harpell, J., Einige Fälle von Frakturen und Luxationen des Talus und Calcaneus. (Hosp. de la Sta. Cruz y serv. de fisioterapia, hosp. clin., fac. de med., Barcelona.) (Rev. de diagnost. y tratamiento fisiol. Jg. 1, Nr. 1, S. 25—27.) (Spanisch.) *
Dretzka, Leo, Fractures of the foot. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 4, S. 522 bis 523.) 31, 943.
Francesconi, Frediano, Sopra un caso di lussazione di Lisfranc. (Osp. ed ospizi, Lucca.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 6, S. 589—604.) 33, 928.
Geldmacher, Max, Über die isolierte Abrißfraktur des Malleolus lateralis tibiae ant. (Chir. Univ.-Klin., Köln-Lindenburg.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, Nr. 51, S. 2200—2202.) 34, 199.
Hall, Arche C., Fractures of the os calcis. (Americ. journ. of roentgenol. a. radium therapy Bd. 14, Nr. 1, S. 27—29.) 34, 199.
Horváth, B., Verletzungen des Talus und des unteren Sprunggelenkes. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Horváth, Boldizsár, Über Verletzungen des Sprungbeines und des unteren Sprunggelenkes. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 43, S. 1034—1036.) 33, 766.
Hullsiek, Harold E., Posterior dislocation of the foot without fracture. (Surg., gynecol. a. obstetr. Bd. 40, Nr. 2, S. 256—257.) 31, 336.
Langsford, William, Subluxation of navicula: Case report. (Southern med. journ. Bd. 18, Nr. 10, S. 749—750.) 34, 280.
Laurence, J., Les différentes variétés de métatarsalgies. (Journ. des praticiens Jg. 39, Nr. 34, S. 554—555.) *
Lewy, W., Eigenbluteinspritzung bei Metatarsalfraktur. (Med. Klinik Jg. 21, Nr. 17, S. 627.) 32, 255.
Lorin, Henri, Les luxations itératives des articulations serrées, coude, hanche tibiotarsienne (à propos d'une luxation du coude). (Paris méd. Jg. 15, Nr. 9, S. 202 bis 208.) 32, 475.
Mahaut, A. J., Etude critique des traumatismes du cou-de-pied. (Arch. de méd. et de pharmacie milit. Bd. 2, Nr. 2, S. 180—242.) 33, 143.
Martin, Fl., Le traitement des fractures des os longs du membre inférieur. (Scalpel Jg. 78, Nr. 42, S. 1069—1076.) 34, 55.
Mathieu, Paul, et Maurice Larget, Luxation du pied par rotation externe. Etude clinique, anatomo-pathologique et expérimentale. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 3, S. 213—233.) 32, 126.

Miani, Arrigo, Le fratture del calcagno nella loro frequenza, in un loro particolare meccanismo da strappamento e nella valutazione dei loro esiti. (Contributo statistico-sperimentale). (Osp. magg., Bologna.) (Arch. di ortop. Bd. **41**, H. 2, S. 308 bis 322.) **34**, 120.

Morosova, A. I., Ein Fall von Luxatio metatarsea pedis (Lisfranc). (Chir. Abt., Erisman-Krankenh., Doz. Morosova, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 69—73.) (Russisch.) **35**, 604.

Revel, J., Extension de la désarticulation temporaire (méthode de Delbet) au traitement d'une ancienne fracture du cou-de-pied. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 7, S. 515 bis 522.) **32**, 912.

Rondet et Rolland, Sur un cas de luxation du scaphoïde tarsien avec fracture parcellaire de cet os, du cuboïde et des cunéïformes. (Arch. de méd. et pharm. navale. Bd. **115**, Nr. 4, S. 327—331.) *

Schütz, Harry, Der Abrißbruch des 5. Mittelfußhöckers. (Chir.-poliklin. Inst., Univ. Leipzig.) (Dtsch. med. Wochenschr. Jg. **51**, Nr. 36, S. 1485—1487.) **33**, 144

Sneed, William Lent, The astragalus. A case dislocation, excision, and replacement. An attempt to demonstrate the circulation in this bone. (Journ. of bone a. joint surg. Bd. **7**, Nr. 2, S. 384—399.) **32**, 319.

Sundt, Halfdan, Luxatio pedis completa et complicata. (Med. rev. Jg. **42**, Nr. 2, S. 65—67.) (Norwegisch.) **32**, 479.

Tilton, Benjamin T., Treatment of fractures of the long bones of the lower extremity. (Med. journ. a. record Bd. **122**, Nr. 11, S. 663—665.) **34**, 196.

Turner, H. I., Über Behandlung der chronischen Fußgeschwulst, die mit traumatischer Neuritis in Verbindung steht. (Orthop. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Turner, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograničnych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. **6**—10.) **35**, 924.

Weitzel, Note sur les luxations fermées de l'astragale s'accompagnant ou non de lésions malléolaires, et sur les luxations fragmentaires de cet os. Traitement chirurgical. (Rev. de chir. Jg. **44**, Nr. 4, S. 306—319.) **32**, 319.

Fußgeschwulst. Deutschländers Krankheit. Mortonsche Krankheit.

Aievoli, E., Sulla cosidetta „malattia metatarsale di Deutschländer". (Rinascenza med. Jg. **2**, Nr. 14, S. 321—324.) **32**, 864.

D'Istria, Antonio, Su due casi di malattia del Morton. (Istit fisioterap., osp. incurabili, Napoli.) (Arch. ital. di chir. Jg. **4**, H. 3, S. 271—282.) **32**, 256.

Dubois, M., Die Entstehung der Fußgeschwulst und verwandter Zustände. (Schweiz. med. Wochenschr. Jg. **55**, Nr. 36, S. 824—829.) **33**, 688.

Momburg, F., Zu der „eigenartigen Mittelfußerkrankung" Deutschländers. (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 12, S. 641.) **31**, 496.

Müller, Walther, Die Insuffizienzerkrankung der Metatarsalia. (Chir. Univ.-Klin., Marburg a. L.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. **133**, H. 3, S. 452—469.) **31**, 943.

Nast-Kolb, Alban, Zur Frage der „entzündlichen Mittelfußerkrankung Deutschländers". (Städt. Katharinenhosp., Stuttgart.) (Zentralbl. f. Chir. Jg. **52**, Nr. 2, S. 76—78.) **31**, 128.

Peremans, G., A propos de la soi-disant maladie métatarsienne de Deutschländer. (Clin. ortop., univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. **9**, H. 3, S. 229—234.) **32**, 255.

Turner, H. I., Über die sogenannte „Fußgeschwulst". (Orthop. Klin. Milit.-Med. Akad., Leningrad, Prof. Turner.) (Nowy chirurgičeski archiv Bd. **6**, H. 4, S. 570 bis 516.) (Russisch.) **33**, 144.

Turner, H. I., Über Behandlung der chronischen Fußgeschwulst, die mit traumatischer Neuritis in Verbindung steht. (Orthop. Klin., milit.-med. Akad., Prof. Turner, Leningrad.) (Vestnik chirurgii i pograninčych oblastej Bd. **5**, H. 14, S. 6—10.) (Russisch.) **35**, 924.

Köhlersche Krankheit des Os naviculare pedis und der Metatarsi.

Bragard, Karl, Beitrag zur Prognose und Therapie der Malakopathie der Mittelfußköpfchen (Köhlersche Krankheit). (Orthop. Univ.-Poliklin., München.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. **72**, Nr. 4, S. 127—128.) **31**, 576.

De Gaetano, L., Su di un caso di male scafoideo tarsico di Köhler. (Istit. di clin. ortop., univ., Napoli.) (Ann. ital. di chir. Jg. **4**, H. 1/2, S. 52—84.) **32**, 352.

Estor, E., Un cas de scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants. (Rev. d'orthop. Bd. **12**, Nr. 4, S. 365—366.) *

Fasiani, G. M., Contributo allo studio della malattia di Köhler del secondo metatarseo. (Clin. chir., univ., Torino.) (Arch. ital. di chir. Bd. **13**, S. 741—777.) **32**, 864.

Gottlieb, A., Osteochondritis of the second metatarsophalangeal joint (Koehler's disease). (California a. Western med. Bd. 23, Nr. 8, S. 1019—1022.) 33, 144.
Holst, Leopold, und G. Chandrikov, Zur Frage der Koehlerschen Krankheit. (Chir. Ges., Moskau, 29. III. 1926, u. Ges. d. Röntgenol., Moskau, 17. XI. 1925.) (Russisch.) 36, 543.
Moutier, Georges, L'épiphysite métatarsienne. (Rev. d'orthop. Bd. 12, Nr. 3, S. 235 bis 253.) 32, 127.
Novák, M., Von der Koehlerschen Erkrankung des 2. Mittelfußknochens. (XII. Tag. d. ungar. Ges. f. Chir., Budapest, Sitzg. v. 10.—12. IX. 1925.) *
Novák, Miklós, Zur Ätiologie der Köhlerschen Erkrankung des II. Metatarsus. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 45, S. 1081—1083.) (Ungarisch.) 33, 848.
Nowotjelnoff, S., Zur Ätiologie der Köhlerschen Erkrankung des Metatarsalköpfchens. (2. russ. Röntgenkongr., 8.—14. V. 1924.) (Vestnik rentgenologii i radiologii Bd. 3, H. 3/4, S. 87—88.) (Russisch.) 35, 524.
Radulescu, Al. D., Die Epiphysitis des II. Metatarsalknochens (Köhlersche Krankheit), kompliziert durch eine Exostose. (Spit. de ortop. si chir. infant. „Regina Maria", Cluj.) (Clujul med. Jg. 6, Nr. 7/8, S. 291—294.) (Rumänisch.) *
Renander, Axel, Two cases of typical osteochondropathy of the medial sesamoid bone of the first metatarsal. (Acta radiol. Bd. 3, H. 6, S. 521—527.) 30, 912.
Roesner, E., und S. Weil, Über die Nekrose der Osteoepiphysen des zweiten und dritten Metastarsalknochens. (Chir. Klin., Univ. Breslau.) (Bruns' Beitr. z. klin. Chir. Bd. 133, H. 3, S. 470—511.) 32, 63.
Schmidt, Georg, Köhlersche Krankheit des Kahnbeines beider Füße in Verbindung mit pluriglandulärer Insuffizienz und als Ursache von Pes adductus. (Ärztl. Ver., München, Sitzg. v. 11. II. 1925.) (Münch. med. Wochenschr. Jg. 72, H. 9, S. 368 bis 369.) 31, 575.
Sigmund, Adolf, Juvenile transformierende Epiphyseomalacie des Metatarsus. (Rozhledy v chir. a. gynaekol. Jg. 3, H. 6, S. 249—281.) (Tschechisch.) 33, 320.
Valtancoli, Giovanni, Sulla eziologia della sindrome metatarso-falangea di Köhler. (Clin. ortop., istit. ortop. Rizzoli, univ., Bologna.) (Chir. d. org. di movim. Bd. 9, H. 4/5, S. 447—456.) 32, 640.

Fußgelenks- und Fußtuberkulose.

Schustek, Jenö, Zur chirurgischen Behandlung der Tuberkulose der Hand- und Fußwurzelknochen und Gelenke. (Orvosi Hetilap Jg. 69, Nr. 47, S. 1138—1141.) (Ungar.) *
Wiegand, Ursächlicher Zusammenhang zwischen elner Fußgelenktuberkulose und einem Betriebsunfall. Obergutachten über den ursächlichen Zusammenhang einer tuberkulösen Erkrankung des linken Fußgelenks mit einer Verletzung des linken Fußes. (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. Jg. 22, Nr. 22, S. 698—702.) *
Wilkowa-Malzewa, N. A., Die Tuberkulose der Gelenke der unteren Extremitäten. (Klin. f. chir. Tuberkul., Direktor: Doz. Kornew, Leningrad.) (Woprossy chirurgitscheskawo tuberkulesa S. 38—52.) (Russisch.) 32, 684.

Gangrän des Fußes. Mal perforant du pied, Madurafuß, Ainhum.

Achard, Ch., et Sigismond Bloch, Gangrène des pieds. Remarques thérapeutiques. (Bull. et mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris Jg. 41, Nr. 27, S. 1156 bis 1159.) 32, 736.
Dohi, K., Sh. Takahashi und S. Suzuki, Über den vierten Fall von Mycetoma pedis in Japan. (Dermato-urol. Klin., Kais. Univ. Tokio.) (Japan. journ. of dermatol. a. urol. Bd. 25, Nr. 10, S. 97—99.) *
Eisenklam, I., Unterschenkelamputation bei Spontangangrän. (Allg. Krankenh., Wien.) (Wien. klin. Wochenschr. Jg. 38, Nr. 49, S. 1303—1306.) 33, 927.
Hulsey, S. H., and F. M. Jordan, Ringworm of the toes as found in university students. (Laborat. of dermatol. research, dep. of cutaneous med., univ. of Pennsylvania, Philadelphia.) (Americ. journ. of the med. sciences Bd. 169, Nr. 2, S. 267 bis 269.) 31, 576.
James, J. F., A note on the treatment of tropical ulcer. (Indian med. gaz. Bd. 60, Nr. 6, S. 274.) 32, 480.
Noon, Charles, Gangrene occurring in the aged: With a summary of twenty cases treated by amputation. (Practitioner Bd. 115, Nr. 6, S. 409—415.) 33, 926.
Razzaboni, Giovanni, Su di una non comune forma sclero-nodulare ulcerata delle parti molli del dorso del piede. (Istit. di patol. spec. chir. dimostr., univ., Parma.) (Arch. ital. di chir. Bd. 14, H. 5, S. 513—532.) 34, 328.

Soster, Antonio, Un raro caso di gangrena secca in bambino affetto da streptococcoemia secondaria a tonsillite suppurata. (Div. chir. femminile, osp. civ., Padova.) (Giorn. di clin. med. Jg. 6, H. 14, S. 526—532.) **34**, 47.
Violato, Andrea, Ostite fibrosa metaplastica circoscritta (malattia di Recklinghausen) in un caso di ulcera trofica del piede. (Istit. di patol. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 4, S. 191—209.) **32**, 256.

Geschwülste des Fußes.

Violato, Andrea, Ostite fibrosa metaplastica circoscritta (malattia di Recklinghausen) in un caso di ulcera trofica del piede. (Istit. di patol. chir., univ., Roma.) (Policlinico, sez. chir. Jg. **32**, H. 4, S. 191—209.) **32**, 256.
Zeana, Ein Fall von Fibrom zwischen den Metatarsalknochen. (Clin. chir., univ., Cluj.) (Spitalul Jg. **45**, Nr. 6, S. 226—228.) (Rumänisch.) **32**, 640.

Brustfell und Lungen.

Übersichtsreferat.

Von

W. Jehn, Mainz.

Die Literatur der Jahre 1924 und 1925 überrascht durch die Menge der Arbeiten. Bei ihrer Lektüre kommt man leicht zum Schlusse: „Vieles hätte nicht geschrieben werden brauchen, wenn mehr gelesen würde.“ Dann würde mancher Autor erkannt haben, daß das, was er als Neu zu berichten hat, schon besser und ausführlicher von anderer Seite dargestellt wurde.

Trotzdem lohnt es sich, ein Referat über das Schrifttum der Jahre 1924 und 1925 zu geben.

A. Lehrbücher.

Eine Reihe von Lehr- und Handbüchern ist neu oder in neuer Auflage erschienen. Sie alle dürfen als vortrefflich bezeichnet werden.

Als erstes ist Tendeloos „Allgemeine Pathologie“ zu nennen, der sich Rost's „Pathologische Physiologie des Chirurgen“ würdig angliedert.

Kochs „Thoraxschnitte von Erkrankungen der Brusthöhle“ sind instruktiv und originell.

Vorzüglich ist die Darstellung der „Bösartigen Geschwülste des Brustfelles und der Lunge“ im Payr-Zweifel von Krampf und Sauerbruch. Viel Interessantes bietet das „Handbuch der normalen und pathologischen Physiologie.“

Pels Leusdens „Chirurgische Operationslehre“ ergänzt die Zahl der schon vorhandenen Lehrbücher.

Der 2. Band des „Handbuches der praktischen Chirurgie“ enthält von Sauerbruch und Schmidt völlig neubearbeitet „Die Chirurgie des Brustfelles und der Lungen.“ In konzentrierter Form, übersichtlich dargestellt, gibt dieses Kapitel die reichen Erfahrungen Sauerbruchs auf dem Gebiete der Thoraxchirurgie wieder.

Das Jahr 1925 schenkte uns den 2. Band von Sauerbruchs „Chirurgie der Brustorgane“. Damit ist sein Standardwerk, dessen 1. Band im Jahre 1920 erschien, voll-

ständig. Ein kritisches Referat des 1. Bandes wurde von mir bereits im Rahmen dieser Jahresberichte gegeben. Der 2. Band enthält die Chirurgie des Herzens und seines Beutels, der großen Gefäße, des Mittelfellraumes, des Brustlymphganges, der Thymus, des Brustteiles der Speiseröhre, des Zwerchfelles und des Brustfelles.

Dem Thema dieses Referates entsprechend kommt nur die Chirurgie des Brustfelles hier zur Besprechung.

Gemeinsam mit meinem Lehrer durfte ich dieses Kapitel bearbeiten. Es war eine gewaltige Mühe, aus einer Literatur der letzten 50 Jahre, aus einer Fülle von Einzelerfahrungen und Erlebnissen die großen Linien herauszuarbeiten.

Eine allgemeine Pathologie des Brustfelles eröffnet das Kapitel. Dem Pneumothoren ist ein besonderer Abschnitt gewidmet. Es folgt Pleuritis sicca, soweit sie für den Chirurgen Bedeutung hat, und als wichtigster Teil, die Ergüsse der Brustfellhöhle, unter denen das Empyem die erste Stelle einnimmt. Dann folgt die Tuberkulose der Pleura, Aktinomykose, Lues und die Geschwülste sowie die Fremdkörper und die tierischen Parasiten.

B. Einzelarbeiten.

Allgemeines.

Die 48. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hatte das Hauptthema: „Der Stand der Chirurgie der Brustorgane auf Grund der Entwicklung in den letzten 20 Jahren" Sauerbruch übertragen.

Der Vortrag gab, weit ausholend, in großer Linie verlaufend, einen Überblick über die Arbeit Sauerbruchs und seiner Schüler, beginnend mit der Würdigung der Bedeutung des Druckdifferenzverfahrens, übergehend zu einer Besprechung der Physiologie und Pathologie der Atmung, dann behandelnd die großen Kapitel der Lunge, des Mittelfellraumes, des Herzens, des Zwerchfelles und des Brustfelles. Daneben wurden an zahlreichen Abbildungen Krankheitsbilder, operative Eingriffe und Operationsresultate instruktiv vorgeführt, sowie eine große Anzahl Kranker demonstiert.

Green gibt ein Übersichtsreferat über die Chirurgie der Brustorgane.

Instrumente.

Krische gibt seine Expulsornadel zur Entleerung von Exsudaten bekannt. Flesch konstruierte eine Wasserstrahlluftpumpe zur Beseitigung von Exsudaten, Nather einen Exspirations-Ventiltrokar, mit dem er den Spannungspneumothorax behandelt. Der Tigel-Überdruckapparat ist in neuer Form mit wesentlichen Verbesserungen erschienen; aus der Münchner Klinik gaben Jehn und Brunner ihren neuen Überdrucknarkoseapparat bekannt. Lilienthal beschreibt eine Guillotinenschere zur Resektion der 1. Rippe. Plenk, Andreas und Ralph C. Matson ein neues Raspatorium. Eisenmeyer empfiehlt einen neuen Apparat zur künstlichen Atmung.

Experimentelle Arbeiten.

Nur wenig Experimentelles wurde veröffentlicht. Smirnow studierte die Lungenveränderungen bei und nach Unterbindung der verschiedenen Lungengefäße. Er spricht den Ergebnissen der Untersuchungen von Bruns und Sauerbruch ihre Berechtigung ab. Feiermann entfernte bei 30 Hunden einen Lungenlappen und vermied die Insuffizienz der Bronchien dadurch, daß er innerhalb der Lappen den Bronchus nach seiner ersten Teilung durchtrennte und die beiden so gewonnenen Lumina wie eine End-zu End-Anastomose vereinigte. Minkin empfiehlt die Bronchotomia transpleuralis zur Herstellung eines neuen Atemweges bei Stenose der oberen Luftwege. Jedlicka experimentierte über Absorption der Pleurahöhle und stellte fest, daß diese durch Diffusion und Osmose stattfindet.

Atmung.

Nissen und Coccalis: Experimente über Atemstörungen. Jede gleichmäßige Trachealstenose hat inspiratorische Dypnoë zur Folge. Jede Luftröhrenverengerung führt zu Hypertrophie und Dilatation des rechten Herzens. Wird diese Stenose beseitigt, kommt Lungenödem zustande.

Ritz stellt fest, daß die Wirkung der künstlichen Atmung auf reflektorischen Einflüssen auf das Atemzentrum beruht.

Diagnostik.

Cäsar empfiehlt den diagnostischen Pneumothorax bei unklaren Fällen, Unverricht beschreibt Technik und Methodik der Thorakoskopie, die auch Lobmayer für unentbehrlich hält. Jacobäus gibt einen Überblick über seine bisherigen Resultate mit seinem Verfahren. Schröder wandte 14mal zum Teil aus diagnostischen Gründen die Thorakoskopie an, Singer empfiehlt das Verfahren.

Amaud, Keijser, Tagliabae, Koroer, Nather und Sgalitzer, Reinberg und Kaplan, Ricitelli-Belluci empfehlen die Kontrastfüllung der Bronchien mit Lipojodol.

Die Verletzungen des Brustfelles und der Lungen.

Donini stellte an Kaninchen Versuche über Lungenwunden an. Er sah rasche Heilung derselben ohne daß die Wundränder exakt aneinander gebracht wurden.

Kranzfeld sah einen traumatischen geschlossenen Pneumothorax nach starker körperlicher Anstrengung entstehen.

Wells sah starkes Hautemphysem durch Anspießen der Lungen nach Rippenfraktur. Stoppato experimentierte über die Todesursache bei solch schwerem Hautemphysem. Er stellte fest, daß das Emphysem leicht in das Mediastinum hinabsteigt, hier die Mediastinalpleuren sprengt und so tödlich ausgehend doppelseitige Pneumothorax hervorruft. Petraschewskaja vernäht die Pleura bei schwerem Hautemphysem.

Meyer, Nather und Ochsner besprechen die Symptomatik und Entstehung des parietalen, inspiratorischen Ventilpneumothorax. Als Prophylaxe und Therapie wird der Expirationsventiltroikart empfohlen.

Britneff führt beim traumatischen offnen Pneumothorax die primäre Naht der Pleura aus. Er heilte 18 Kranke, 9 starben.

In bestimmten Fällen von Verletzungen der Thoraxeingeweide hält Gask die Thorakotomie für zweckmäßig. Teti will Brustfell-Lungenverletzungen mit Pneumothorax behandeln.

Gelonesi behandelte eine Dolchstichverletzung am Hilus der Lunge, die stark blutete, mit Naht, Demel sah eine Pfählungsverletzung der Bauchhöhle und der Lunge tödlich ausgehen.

Vertar sah einen 10 Jahre alten Lungensteckschuß noch in Absceß übergehen.

Die Lungenhernien.

Erworbene Lungenhernien sind immer traumatischen Ursprunges. Sie sind sehr selten.

Montgomery sah eine solche nach Stichverletzung der linken Brustseite, Satta operierte eine Hernie durch Freilegung und Abtragung des Bruchsackes sowie plastische Deckung aus dem Periost der benachbarten Rippen, ein Verfahren, das auch Sauerbruck anwendet.

Die Fremdkörper der Lunge.

Da es sich dabei meist um Bronchenfremdkörper handelt, werden sie unter Luftröhre und Bronchien besprochen.

Sindler und Weidenbach sahen einen Molarzahn als Ursache einer Lungengangrän an. Er war aspiriert worden.

McCrae berichtet über die Klinik der Bronchialfremdkörper.

Terebinsky entfernte durch hintere Mediastinotomie einen Nagel aus dem linken Hauptbronchus. Tod nach 2 Tagen.

Die Bronchialfisteln.

Angilotti bespricht die Ätiologie derselben, sowie ihren operativen Verschluß. Kusmin empfiehlt plastische Deckung derselben. Escudero konnte mit einer Jodolverbindung eine Leberbronchialfistel sichtbar machen. Melchior meint, daß das von Rehn angegebene Verfahren, mit Aceton die Fisteln nachzuweisen zu umständlich sei. Er prüft auf Vorhandensein derselben mit dem Hartert-Perthesschen Saugapparat, sowie damit, daß er die Fistel mit einem Rohr in Verbindung bringt und dieses in Wasser leitet. Dann steigen beim Husten Blasen aus dem Wasser empor.

Lebsche verschließt die sog. Gitterlunge durch Deckung mit subcutanem Gewebe und Haut, nach vorheriger Anfrischung der Fistelränder.

Postoperative Komplikationen.

Lee bespricht Allgemeines über postoperative Komplikationen, Gwyn den Zusammenhang zwischen Embolie und und Bronchopneumonie. Während Eden, ebenso wie Lindauer, zur Vermeidung derselben Afenileinspritzungen vorschlägt, empfehlen Rausche sowie Reimann und Graef Eigenblutinjektionen. Lagemann und Willerding empfehlen Mentopin, Seidl schlägt im Sinne der Bierschen Auffassungen kleine Dosen von Äther per injectionem darzureichen vor.

Die Lungennekrose.

Eine ganz seltene Beobachtung gibt Sauerbruch bekannt. Er exstirpierte bei einem 19jährigen Mädchen ein 17:12:8 cm großes Ganglioneurom des Brustsympathicus. Nach 2 Wochen wurde wegen Empyem thorakotomiert. Bald darauf erschien im Eiter suspendiert die linke Lunge, welche nekrotisch geworden war und sich abgestoßen hatte. Das Interessante an dieser Beobachtung ist, daß keine Bronchialfistel bestand.

Der Pneumothorax.

Matas greift in die Diskussion betr. Vorhandensein eines Mediastinalseptums beim Hunde ein. Er vertritt die Anschauung, daß dieses Septum vorhanden ist und daß alle Beobachter, die beim Experimentieren am Hunde bei Eröffnung des Thorax sofort einen doppelseitigen Pneumothorax gesehen haben, nicht bemerkt haben, wie das mediastinale Septum eingerissen ist. Graham gibt Experimente über den offnen Pneumothorax bekannt, Snyder Studien über den intrapleuralen Druck.

Bayeux empfiehlt den therapeutischen Pneumorthorax für alle Ärzte! Elias zur Behandlung des akuten Empyemes.

Beim Pneumothorax auftretende Ergüsse werden nach Verdina durch Verabreichung von Tebecin und Bestrahlung mit Quecksilberdampflampen beseitigt. Navarro beseitigt sie durch Darreichen von Calcium chloratum.

Chylothorax.

Schultze sah einen Chylothorax hervorgerufen durch Kompression des Ductus thoracicus durch eine Struma intrathoracalis.

Der Lungenabsceß. Die Lungengangrän.

Auffallend sind in den Berichten über Lungenabsceß und Lungengangrän die Arbeiten der Amerikaner. Sie warten mit Riesenzahlen auf, sehen den Absceß oder die

Gangrän ungemein häufig bei Eingriffen an den Tonsillen und haben angeblich gute Resultate mit dem Drainageverfahren mit Hilfe eines Bronchoskops.

Das klinische Bild des Leidens beschreiben Mackenzie, W. Meyer, Elwyn, Dorendorf, Lord, Winer, Myerron, Petrasewskaja, Lemierre und Léon Kindberg, Prokin.

Die Behandlung besteht in konservativen und operativen Verfahren.

Mackey heilte einen Absceß durch Lagerung, Zeitlin durch Salvarsaninjektionen, ebenso Tusienki. Warnnstein, Bykowa, Baltacanu. Fronticelli, Caussade, Rosenthal, Surmom applizieren Heilmittel intratracheal.

Guth sah Heilung durch therapeutischen Pneumothorax, Pieri durch Phrenicotomie.

Sonst sprechen sich alle Autoren für die operative Entfernung der Eiter- und Brandherde aus.

Die Bronchektasen.

An die Spitze der Besprechung dürfte wohl das Referat Brauers auf dem 37. Kongreß in Wiesbaden zu setzen sein. Ihm ist vorzugsweise die Behandlung zu entnehmen.

Es kommen dabei in Frage: das Lungenkollapsverfahren, die Pneumotomie, die Resektion eines Lungenlappens. Nur radikale Eingriffe haben Erfolge und nur dann wenn sie nach strengster Indikation bei Einseitigkeit des Leidens vorgenommen werden.

Sauty und Guilleminet besprechen die einzelnen operativen Verfahren. Sie geben der extrapleuralen Thorakoplastik den Vorzug. Ebenso Hedblom. Archibald macht Vorschläge, die Gefahren einer Lappenexstirpation herabzusetzen. Goyanea heilte ein 14jähriges Mädchen mit Lappenexstirpation. Chauffard sah Gutes von der Phrenicotomie. Abramovic empfiehlt das Salvarsan.

Die Lungentuberkulose.

Die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose nimmt erfreulicherweise immer mehr zu. Allerdings ist dabei zu sagen, daß manche therapeutische Vorschläge einer exakten Klinik nicht standhalten. Nur wer die von Sauerbruch und seiner Schule aufgestellten Regeln einhält, wird auf die Dauer Erfolge zu verzeichnen haben.

Das Jahr 1924 schenkte uns das Werk von A. Brunner, eine mit großem Fleiß und ausgezeichneter Sachkenntnis verfaßte Monographie über die chirurgische Behandlung der Lungentuberkulose. Nach Behandlung der so wichtigen allgemeinen Gesichtspunkte bearbeitete Brunner den therapeutischen Pneumothorax die künstliche Zwerchfellähmung, um dann zu dem Hauptthema der extrapleuralen Thorakoplastik überzugehen. Ihr schließt er die Hilfsmethoden wie Pneumolyse, Tamponade, Kavernenöffnung und -plombierung an und gibt zum Schluß eine vorzügliche Darstellung der tuberkulösen Ergüsse der Pleura, sowie der Pneumothoraxexsudate.

Über die extrapleurale Thorakoplastik berichten Claus, Sant'Anna, H. Morriston, Pearson, Lilienthal, Winternitz, Sharp, Watson. Denk berichtet aus der Eiselsbergschen Klinik über 124 Fälle, die nach den verschiedenen Methoden operiert wurden. Perera sah ausgezeichnete Erfolge bei Kombination von Phrenicotomie mit Plastik. Lehmann will gleichfalls die Phrenicotomie als unterstützende Operation ausgeführt wissen, ebenso Alexander.

Viscontinii sah von der Phrenicotomie allein gute Erfolge, desgleichen Sachs.

Jacobäus berichtet über 120 Fälle von Strangdurchtrennung bei therapeutischem Pneumothorax.

Im ganzen konnte Ref. über dieses Thema 50 Arbeiten zusammenstellen. Da viele von ihnen durchaus die gleichen Ideen und Erfahrungen verschiedener Autoren wiedergeben, kann nicht auf jede einzelne eingegangen werden. Wer sich eingehend über die Frage der chirurgischen Behandlung der Lungentuberkulose orientieren will, studiere die Arbeiten Brauers, Brunners, Sauerbruchs und Alexanders.

Die Pleura- und Lungenaktinomykose.

Das Leiden ist relativ selten. Daher finden sich in der Literatur auch nur wenige Arbeiten darüber.

Patterson beschreibt 2 Fälle von Pleuraaktinomykose, Mann 1 Fall von primärer Lungenaktinomykose, der anfangs als Tuberkulose ging, Stincer einen solchen, der sich nach operativer Eröffnung unter Jodbehandlung besserte.

Die Pleura- und Lungentumoren.

Die Zunahme der Lungengeschwülste ist wohl nur eine scheinbare. Sie werden heute offenbar mehr und auch sicherer diagnostiziert, wie früher. Nur die Carcinome der Lunge, die als Bronchuscarcinome und als Alveolartumoren auftreten, scheinen jetzt häufiger wie früher zu sein. Die Pleuratumoren sind sehr selten.

So stellt Materna die Zunahme der Lungencarcinome fest. Er vermutet, daß Inhalation von Straßenstaub eine der Entstehungsursachen derselben sei. Auch Eloessu, der 27 Fälle beschrieb, betont das häufige Vorkommen der primären Tumoren der Lunge gegenüber früheren Jahren. Jokoyama gibt eine ausführliche Statistik der bösartigen Geschwülste der Brusthöhle. Er berichtet über 23 Fälle, die in 10 Jahren beobachtet wurden. Greene beschreibt ein Carcinom des linken Hauptbronchus, Sessa ein primäres Carcinom des Oberlappens. Bronfin beschreibt 3 Fälle.

Heuer sah bei 8 intrathorakalen Tumoren 50% Mortalität. Cravee betonte die Ähnlichkeit der primären Geschwülste mit den sekundären. Teljatnikoff schildert die Kardinalsymptome: Alter über 35 Jahre, tympanitischen Schall über der erkrankten Lunge, Kombination von abgeschwächtem mit bronchialem Atmen über dem Herde, Fehlen der Ronchi, Vergrößerung der Virchowschen Drüse, Ergebnisse der Probeexcision, Röntgenuntersuchung, Abderhaldensche Fermentreaktion.

Le Wald, Thomas betonen den Wert der Röntgenuntersuchung, Rohan die Röntgentherapie. Payr operierte ein primäres Plattenepithelcarcinom der Lunge.

Sultan beschreibt eine Bronchuscyste, ihr Träger starb an foudroyanter operativer Pleuritis.

Schleier beschreibt eine Dermoidcyste bei einer 25jährigen Frau.

Krampf schreibt über Lungenkrebse unter dem Bilde der Lungenabscesse.

Der Lungenechinokokkus.

Dem seltenen Auftreten des Echinokokkus in Deutschland entsprechend, liegen fast nur Berichte über das Leiden aus dem Auslande vor.

Bird gibt einen Überblick über den Lungenechinokokkus in Australien. Verger, Piéchaud und Bubertin beschreiben das klinische Bild der Krankheit. Sie empfehlen operative Behandlung. Ebenso Blanc sowie Pétit de Villéon. Gähwyler empfiehlt den diagnostischen Pneumothorax, Jong die Chedinische Reaktion. Goyanes sah eine Frau, bei welcher der Parasit in die Lunge perforiert war. Nobili berichtet über operative Heilung eines Falles, Prae über 42 Beobachtungen, von denen 2 dadurch sich besonders hervorheben, daß der Echinokokkus in die Speiseröhre einbrach und erbrochen wurde. Spasso-Kukotzky sah 14 Kranke, die alle genasen.

Devé sah einen Spontanpneumothorax. Bisher wurden nur 32 Fälle beschrieben.

Die Lungenembolie.

(Thromben-, Luft- und Fettembolie.)

Da zwar Vieles von diesen oft so verhängnisvollen Zwischenfällen noch unklar ist, ist es zu verstehen, daß das Interesse an der Frage der Häufigkeit, der Entstehung und den Folgen der Embolie sehr groß ist.

So gibt de Quervain auf dem Kongreß der Schweizer Chirurgen eine groß angelegte Sammelstatistik. Nägeli stellt aus dem Material der Garrèschen Klinik unter 15 34? Operationen 17 tödliche Embolien zusammen, Bircher sah bei 60% der Embolie den Tod eintreten.

Lindsberg arbeitet über Verhütung und Behandlung der postoperativen Lungenembolie.

Mason stellt experimentell Lungenembolien her.

Pfanner berichtet über spontan entstehende Luftembolien, Nägeli betont, daß es sich bei Embolien, die während eines thorakalen Eingriffes entstehen, immer um arterielle Embolien handele. Zur Vermeidung derselben empfiehlt er den Überdruck. Freund nimmt an, daß die Zwischenfälle beim Anlegen eines Pneumothorax, die als Reflex oder Schock gedeutet werden, Luftembolien sind. Hochsteller erlebte einen Todesfall durch Luftembolie bei Pneumothoraxpunktion.

Winkler experimentierte über Fettembolie. Koch sah eine solche nach Humanolinjektion. Elting und Martin stellen fest, daß das Trauma das Fett mobilisiert. Die Folgen davon sind mechanische: Behinderung des großen und kleinen Kreislaufes.

Kirchner stellte auf dem Chirurgenkongreß 1924 den ersten Fall von ihm durch Trendelenburgsche Operation geheilter Lungenembolie vor.

Das Empyem.

Ein großes Kapitel nehmen die verschiedenen Formen der Brustfellentzündung ein.

Auf dem Bayerischen Chirurgenkongreß 1924 in München hatte Jehn das Hauptreferat über die Empyeme. Er gab neben der Einteilung nach Ätiologie und Sitz derselben einen Überblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden, wog ihren jeweiligen Wert gegeneinander ab und teilt zuletzt die Ergebnisse seiner Beobachtungen an rund 350 Empyemen mit. Krasnobayew und Freidin geben eine ausführliche Statistik über 353 Kinderempyeme der letzten 20 Jahre, Scott eine Statistik der Kinderempyeme. Birmey berichtet über 100 Fälle, Harrington und Blanken geben ihre Statistik bekannt.

Die Mehrzahl der Arbeiten beschäftigt sich mit der Behandlung der Empyeme.

Pickhardt, Bettmann, Graham teilen ihre Anschauungen über die Behandlung mit.

Jones, Aloi, Manilow sind für Frühoperation, Nather und Ochsner empfehlen beim Totalempyem die Resektion der XII. Rippe. Suermondt berichtet aus der Leydener Klinik über die Resultate der offenen Empyembehandlung. Magrassi betont die undiskutable Überlegenheit der Rippenresektion. Irwin thomeotomiert, Major und Savelli desgleichen.

Für die geschlossene Behandlung treten Bettmann, Marburg ein. Davis behandelt mit Gentianaviolettinjektionen, Lundberg und Gatsch mit Dakinlösung. Bock und Blech mit Rivanol. Paillard mit Argent. nitr., Worninger mit Optochin.

Für das Aspirationsverfahren treten Ricci, Perthes ein: Rosenthal verwendet den Oleothorax, Schmerz empfiehlt seine Stöpselmethode.

Nather will einteilen in Punktionsbehandlung, einfache Thorakotomie und Rippenresektion bei gleichzeitiger Druckdifferenz, Graf verwirft diese, indem er dem Ref. nicht klarwerdende Gründe gegen sie anführt.

Swanberg beobachtete ein mediastinales Empyem, Roth berichtet über ein interlobäres, O'Donnée über larvierte.

Zur Vermeidung chronischer Empyeme empfiehlt Pescher sowie Hofbauer Atemübungen, Phemister frühzeitige Entfernung der Fibrins.

Über chronische Empyeme berichten Murrstadt, Bettmann, Rova, Klinge. Als Verfahren, die Resthöhle zu beseitigen, werden Delormesche Decortication und Schedeplastik angegeben.

Das tuberkulöse Empyem wird verschieden behandelt je nach seinem Gehalt an Kokken. Gekler desinfiziert es mit Gentianaviolett, Stahl und Bahn behandeln es mit Borsäurespülungen und Preglscher Lösung.

Über Todesfälle bei Pleurapunktion berichtet Fonteyne. Rosenthal erlebte einen tödlichen Ausgang bei einer Methylenblauspülung.

Das Asthma bronchiale.

Von den so warm empfohlenen Asthmaoperationen hört man nicht mehr viel.

Frey sah im Tierexperiment nach Durchschneidung oder Exstirpation der sympathischen Ganglien schwere Herzstörungen und vermutet, daß manche Zwischenfälle bei der Asthmaoperation auf Herzstörungen zurückzuführen seien.

Jungmann und Brüning sehen in 2 Fällen keinen Erfolg von der Operation, Radice desgleichen in 3 Fällen. Kuttner spricht sich gegen die Operation aus. Hesse ist bei 6 Kranken mit dem Allgemeinbefinden zufrieden. Flörcken hat ein Asthma geheilt, Kaers operierte bei 5 Fällen mit gutem Erfolg, hat sie jedoch nur 4 Monate beobachtet. Genersich operierte sogar einen 64jährigen Mann!

Autorenregister.

Im Autorenregister ist bei jeder Arbeit nur diejenige Stelle des Jahresberichtes angegeben, an welcher die Arbeit zum erstenmal steht.

Alphabetisches Verzeichnis der einzelnen Abschnitte.


UNIVERSITY · OF · MICHIGAN